Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 1½ Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 8. — Für Abonnement an Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21. — Für Inserate u. Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Dr. Bollinger, München. Dr. Heineke, Erlangen. Dr. G. Merkel, Nürnberg. Dr. Michel, Würzburg. Dr. H. Ranke, München. Dr. v. Schleiss, München. Dr. Seitz, München. Dr. Winckel, München.

№ 30. 23. Juli. 1889.

Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 8.
Verlag: Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21.

36. Jahrgang.

Originalien.

Aus der medicinischen Klinik des Hrn. Prof. Strümpell zu Erlangen.

Ueber die schlafmachende Wirkung des Chloralamids.

Von Dr. *Hagen* und Dr. *Hüfler*, Assistenten der Klinik.

Wohl jeder wird die Empfehlung gerade eines neuen Schlafmittels mit einem gewissen Misstrauen entgegennehmen; denn es gibt wohl kein solches Mittel, welches alle die Vorzüge, die man ihm anfangs bei der ersten Empfehlung nachrühmte, späterhin auch bei der Anwendung in der Praxis bewährt hätte.

Man muss ja gerade bei der Beurtheilung eines Schlafmittels besonders vorsichtig sein, weil bei der Herbeiführung des Schlafes so viele Faktoren in Betracht kommen, die wir gar nicht in der Hand haben, zum Theil gar nicht einmal kennen, dass man oft nur schwer entscheiden kann, welches die Wirkung des angewandten Mittels eigentlich ist.

Die verschiedensten Mittel werden zur Herbeiführung des Schlafes angewandt, und jedes hilft in einzelnen Fällen, in anderen lässt es wieder im Stich. Ein Patient schläft mit einem kalten Umschlag um den Nacken, ein anderer nur mit Chloralhydrat, ein dritter lässt sich den Schlaf suggeriren. Es kommt ja gewiss beim Zustandekommen des Schlafes die Autosuggestion sehr in Betracht. Wir haben z. B. in der hiesigen Klinik seit lange einen Kranken mit chronischer Myelitis, der des Nachts nur schläft, wenn er sein Schlafmittel bekommt. Dieses Schlafmittel besteht in 2 g saccharum album!

Damit soll jedoch nicht gesagt sein, dass jedes Schlafmittel nur auf diese Weise wirkt. Man hat zwei Arten von Schlafmitteln unterschieden: solche, die das physiologische Zustandekommen des Schlafes nur unterstützen (dazu rechnet man z. B. das Sulfonal), und solche, welche den Schlaf erst künstlich herbeiführen. Zu den letzteren Mitteln gehört das Morphium und wahrscheinlich auch das Chloralhydrat. Immerhin lässt sich diese Trennung nicht scharf durchführen. Auch bei den Mitteln der zweiten Categorie ist die Wirkuug keineswegs eine stets sichere, und selbst wenn sie eintritt, darf der Einfluss des psychischen Moments nie ausser Acht gelassen werden. Hiermit hängt es zusammen, dass die Wirkungen der Schlafmittel so sehr unbeständig sind, dass dasselbe Mittel, welches zuweilen die besten Dienste zu leisten scheint, in anderen Fällen vollkommen im Stiche lässt.

Somit ist das Bedürfniss nach einem möglichst zuverlässig wirkenden Schlafmittel — ein Bedürfniss, welches in der Praxis ausserordentlich häufig in Betracht kommt, — noch keineswegs vollkommen erfüllt. Denn keines der neuerdings in so grosser Zahl empfohlenen Schlafmittel — wir nehmen hierbei auch das Sulfonal nicht aus — hat den Erwartungen allgemein entsprochen, welche man an dasselbe stellen zu können glaubte.

Auch an die mit dem neuen Schlafmittel Chloralamid auf Wunsch des Herrn Professor Strümpell von uns angestellten Versuche sind wir ohne grosse Erwartungen herangetreten. Die von uns gemachten Erfahrungen sind aber doch so ermuthigend und scheinbar so unzweideutig, dass wir nicht anstehen, das Mittel nach unseren bisherigen Beobachtungen wenigstens als eines der zuverlässigsten Schlafmittel zu bezeichnen, welche wir kennen.

Das Chloralamid ist dargestellt nach Herrn Professor Dr. von Mering von der chemischen Fabrik auf Actien vormals E. Schering in Berlin N, Fennstrasse 11/12. Der Preis lässt sich noch nicht genau vorausbestimmen, wird aber jedenfalls 4 — 5 Pfennig pro g nicht übersteigen, mithin ein äusserst mässiger sein und sich dadurch vortheilhaft vor dem Preise zahlreicher anderer theueren Schlafmittel auszeichnen. Das Chloralamid ist ein Additionsproduct aus Chloralanhydrid mit Formamid; es stellt farblose Krystalle dar, schmeckt etwas bitter, nicht gerade gut, jedenfalls aber keineswegs unangenehm. Da es sich in alkalischen Lösungen zersetzt, so giebt man es am Besten in schwach saurer Lösung. Wir geben es meist in Oblaten oder in Wein. Letzteres empfiehlt sich deshalb, weil das Chloralamid in alkoholischen Lösungen leicht löslich ist. Der Prospect der Fabrik gibt als Indication für die Anwendung des Mittels solche Fälle von Schlaflosigkeit an, die nicht mit zu starken Schmerzen einhergehen, besonders Neurasthenie, Rückenmarksleiden und Herzfehler. Als gewöhnliche Dosis werden 3 g empfohlen.

Sollten wir das Chloralamid in eine der oben genannten Gruppen einreihen, so möchten wir es eher zu den Mitteln rechnen, welche den Schlaf selbst unmittelbar herbeiführen. Von einer blos psychischen Einwirkung konnte, wie aus einzelnen später aufzuzählenden Fällen hervorgeht, schon deshalb nicht die Rede sein, weil es wiederholt ohne Wissen der Patienten gegeben wurde. Wir verweisen hier auf die unten angeführten Fälle. Für die unmittelbare Wirkung spricht auch der Umstand, dass in vielen Fällen der Schlaf sich bis weit in den Morgen hinein fortsetzte, und dass die Patienten nach dem Erwachen immer noch einen entschieden schläfrigen Eindruck machten, ohne dass jedoch Gedankenschwäche oder Gedankenträgheit vorhanden gewesen wäre, die auf eine besondere Beeinflussung der Psyche hingedeutet hätten.

Vorausgeschickt soll noch werden, dass das Mittel bei denjenigen Personen, wo es überhaupt wirkte, seine Wirksamkeit etwa in einer halben Stunde entfaltete.

Wir gehen nun zunächst zur Mittheilung unserer Erfahrungen im Einzelnen über.

In den beiden ersten Fällen handelte es sich um Herzerkrankungen.

1) Johanna Z., 58 Jahr; Mitralinsufficienz mit schwerer chronischer Nephritis, allgemeinem Körperödem und dyspnoischen Erscheinungen.

Diese Patientin, welche bisher ohne künstliche Mittel nur sehr schlechten Schlaf hatte, welcher auch durch Morphium nicht wesentlich gebessert werden konnte, bekam das Mittel im Ganzen 10 Mal, theils 3, theils 2 g. Irgend welche üble Nebenerscheinungen wurden nicht bemerkt. Patientin schlief darauf immer die ganze Nacht sehr gut. Bemerkenswerth ist, dass sie auch den ganzen darauf folgenden Vormittag fast stets schlief. Ein einziges Mal will Patientin in der Frühe beim Erwachen Kopfschmerzen verspürt haben.

2) Regina H., 69 Jahr; Myocarditis infolge von Arteriosclerose.

Patientin bekam wegen hochgradiger Anfälle von cardialem Asthma, durch welche der Schlaf ausserordentlich gestört wurde und wogegen Morphium fast wirkungslos war, einmal 3,0 g Chloralamid. Daraufhin schlief sie, ohne zu essen und aufzuwachen, 36 Stunden lang! Sie schlief so fest, dass sie während des Schlafes, ohne zu erwachen, gewaschen und frisirt wurde. Nach einmaligem kurzen Aufwachen schlief sie noch weitere 8 Stunden. Besonders hervorzuheben ist, dass die cardiasthmatischen Anfälle seitdem vollständig verschwunden sind. Die Patientin äusserte: »Den Schlaf hat mir der liebe Gott gegeben«.

Ferner wurde das Mittel angewandt bei einer Reihe von Erkrankungen des Nervensystems.

3) Katharina H., 62 Jahr; Tabes dorsalis in ultimo stadio, mit starken lancinirenden Schmerzen zwischen den Schulterblättern.

Patientin schlief auf Morphium nur mit Unterbrechung, jammerte inzwischen sehr stark über ihre Schmerzen. Sie bekam Chloralamid im Ganzen 16 Mal, immer in Dosen von 2 g. Daraufhin schlief sie immer die ganze Nacht hindurch ohne Unterbrechung, theilweise bis weit in den Vormittag hinein. Einmal konnte sie, da das Mittel ausgegangen war, nur Morphium erhalten und schlief darauf bedeutend schlechter. Ein einziges Mal klagte sie in der Frühe über Kopfschmerz.

4) Anna W., 42 Jahr; Tabes dorsalis mit Arthropathien.

Patientin litt schon früher an Schlaflosigkeit, und schlief auf 3 g die ganze Nacht hindurch und den ganzen folgenden Vormittag. Früh geringes Kopfweh, sonst aber keine Nebenerscheinungen.

5) Franz Xaver R., 63 Jahr; Tabes dorsalis mit lancinirenden Schmerzen in den Beinen.

Patient bekam das Mittel im ganzen 15 Mal; leidet seit längerer Zeit an Schlaflosigkeit, wogegen Morphium von nur mässigem Erfolg war. Er schläft auf 3 g die ganze Nacht hindurch ohne Unterbrechung und noch während des folgenden Tages mit nur sehr kurzen Pausen. Ein Einfluss auf die während des Wachseins vorhandenen Schmerzen war nicht vorhanden. Auch auf 2 g schläft Patient die ganze Nacht hindurch, jedoch am Tage nicht mehr. Immer hat Chloralamid guten Erfolg, so dass Patient äussert: »Das ist ein ausgezeichnetes Mittel«. Einmal erhielt er kein Chloralamid; darauf schlechter Schlaf wie früher. Keine Nebenerscheinungen.

6) Kunigunda W., 67 Jahr; Herpes zoster mit starker Intercostalneuralgie und dadurch bedingter hartnäckiger Schlaflosigkeit.

Patientin bekam zweimal Chloralamid. Einmal 2 g; darauf schlief sie nur einige Stunden; einmal 3 g, worauf sie die ganze Nacht bis in den Vormittag hinein fest schlief und sich wunderte, »wo die Nacht hingekommen sei«.

7) Xaver H., 17 Jahr; Myelitis acuta transversa, seit 9 Wochen bestehend.

Patient hat bisher Nachts schlecht geschlafen, wohl zum grössten Theil infolge beträchtlicher Athemstörung durch Lähmung der Intercostalmuskeln. Morphium war stets von guter Wirkung. Auf 3 g Chloralamid kein deutlicher Erfolg; beim zweiten Versuche mit 3 g schläft Patient etwas besser, doch ist der Schlaf noch öfters unterbrochen. Dritter Versuch mit 3 g erfolglos. Ein letzter Versuch mit 3 g ergab guten Schlaf ohne Nebenerscheinungen.

8) Franz J., 46 Jahr; Dementia paralytica. Patient ist Nachts öfter sehr unruhig, und schläft nur mit häufigen Unterbrechungen. Auf 3 g wird kein Schlaf erzielt. Der Kranke steht Nachts öfter auf, klagt über Kopfschmerzen und macht sich kalte Umschläge; auch morgens dauern die Kopfschmerzen noch fort. Ein zweiter Versuch mit 3,0 ebenfalls erfolglos, doch keine üblen Nebenerscheinungen.

9) Frl. Maria R., 40 Jahr; Hysterie mit Herzpalpitationen und Schlaflosigkeit.

Patientin bekam 9mal 2,0 und hat darauf immer sehr gut geschlafen ohne irgend welche Nebenerscheinungen. Bei ihrem Weggange drang sie darauf, einige Gramm von dem Mittel mitzunehmen.

10) Sophie S., 83 Jahr; Haemorrhagia cerebri dextra. Da sie schlecht schläft, sich aber weigert, ein Schlafmittel zu nehmen, so bekommt sie, ohne es zu merken, 2,0 Chloralamid in Wein. Daraufhin schlief sie die ganze Nacht und den halben Vormittag, und war den ganzen Tag noch, wie sie selbst sagt, schläfrig und müde; keine Nebenerscheinungen.

Die folgenden Fälle betreffen Phthisiker in verschiedenen Stadien.

11) Margarethe E., 35 Jahr; Affectio apicis sinistri; Pleuritis sinistra.

Patientin bekam früher wegen ihres oft durch Husten gestörten Schlafes Morphium, welches nur unvollkommen wirkte. Chloralamid bekam sie im Ganzen 11 mal, theils 3, theils 2 g. Sie schlief darauf immer ausgezeichnet, und war oft noch den ganzen folgenden Tag so müde, dass sie es nur einen Tag um den andern nehmen wollte, und auch die folgende Nacht noch fast immer gut schlief. Der Patientin ist aufgefallen, dass sie beim Erwachen immer sehr starken Hunger hatte. Sonst keine Nebenerscheinungen.

12) Peter G., 18 Jahr; rasch fortschreitende Phthise. Hat bisher auf Morphium in Folge heftiger Hustenanfälle nur schlecht geschlafen. Auf zweimal 3,0 schläft Patient fest bis zum Morgen, und war dann noch schläfrig. Der Schlaf war nur einmal durch Husten unterbrochen.

13) Michael T., 40 Jahr; Phthise im letzten Stadium, rechtsseitige Pleuritis; schläft seit längerer Zeit schlecht. Er bekam 4 mal Chloralamid. Auf 3,0 und ebenso auf 2,0 fester Schlaf bis Morgens. Einmal hatte Patient gegen Morgen leichte Delirien, welche aber wohl als Schwächedelirien aufzufassen sind, da sie Patient auch später hatte, als er kein Chloralamid bekam.

14) Hans L., 29 Jahr; ausgebreitete Phthise, complicirt mit hämorrhagischer Nephritis, hat bisher auch auf grössere Dosen Morphium schlecht geschlafen. Auf 3,0 Chloralamid schläft er die ganze Nacht hindurch und auch am folgenden Tage noch bis gegen Abend mit nur kurzen Unterbrechungen. Morgens nach dem Erwachen reichliche Sputumentleerung, was sich daraus erklärt, dass Patient Nachts nur einmal durch einen Hustenanfall geweckt wurde. Auch auf 2,0 schläft Patient die ganze Nacht hindurch; nach der dritten Dosis von 2,0 bekam er Morgens eine Temperatur von 35,4, und klagte über grosse Schwäche und eingenommenen Kopf. Er bezog diese Erscheinungen auf das Schlafpulver; dieselbe Temperatur hatte er aber auch am folgenden Tage ohne Chloralamid. Bei einer vierten Dosis von 3,0 hatte Patient zwar keine Temperaturerniedrigung, doch fühlte er sich Morgens sehr schwach und elend.

15) Georg M., 16 Jahr; Phthise im letzten Stadium. Stets trotz Morphium sehr schlechter, durch Husten unterbrochener Schlaf. Auf 2,0 kein deutlicher Erfolg. Patient klagt Morgens über leichte Kopfschmerzen. 3,0 in Oblaten wird erbrochen; auf 3,0 in Wein kein Erfolg, leichte Kopfschmerzen.

Die nächsten Fälle betreffen Patienten mit verschiedenen Krankheiten.

16) Andreas W., 58 Jahr; Emphysem, linksseitige Pleuritis. Patient hat bisher mit Morphium niemals gut geschlafen. Er bekam das Mittel im Ganzen 7 mal. Sowohl auf 3,0 wie auf 2,0 sehr guter Erfolg. Patient hat jedesmal, nachdem er das Mittel genommen, Morgens eine halbe Stunde Kopfschmerzen. Er ist aber mit der Wirkung so sehr zufrieden, dass er lieber 3 mal so starke Kopfschmerzen haben möchte, als auf das Mittel verzichten. Patient ergeht sich überhaupt in überschwenglichen Lobeserhebungen über sein Schlafpulver.

17) Friedrich P., 53 Jahr; Lebercirrhose, starker Alcoholist, war Nachts immer sehr unruhig, der Schlaf sehr häufig unterbrochen. Auf 3,0 fester Schlaf bis Morgens; keine Nebenerscheinungen.

18) Joseph N., 34 Jahr; abgelaufene Pneumonie des rechten Oberlappens, starker Potator. Patient hat, wohl in Folge des verminderten Alcoholgenusses in der Klinik, fortwährend schlecht und unruhig geschlafen. Auf 3,0 zweimal sehr guter Erfolg ohne Nebenerscheinungen.

19) Johann B., 58 Jahr; schweres Ulcus ventriculi. Patient hat bisher trotz Morphium immer schlecht geschlafen. Er bekam das Mittel 8 mal und schlief auf 3,0 fast noch den ganzen nächsten Tag ohne Unterbrechung. Die beiden nächsten Abende erhielt er nur 1,0. Das erste Mal schlief Patient mit öfteren Unterbrechungen, das zweite Mal fast gar nicht. Auf 2,0 wieder sehr guter Schlaf; nur einmal schlecht wegen sehr heftigen Erbrechens.

20) Veit S., 41 Jahr; Trichinosis. Patient hat seit Beginn der Krankheit Nachts nur etwa 4 Stunden mit häufigen Unterbrechungen geschlafen. Auf 3,0 schläft er 8 Stunden ohne Unterbrechung. Morgens klagt er über eingenommenen, leicht schmerzenden Kopf und Abgeschlagenheit, bis gegen Abend. Patient möchte deshalb das Mittel nicht mehr nehmen.

21) Johann U., 30 Jahr; abgesacktes pleuritisches Exsudat. Patient schläft mit Morphium nicht besonders gut; nach 2,0 Chloralamid schläft er bis Morgens mit geringer Unterbrechung; keine Nebenerscheinungen.

22) Heinrich N., 23 Jahr; chronische Gonorrhoe und Cystitis. Patient klagt, dass sein Schlaf Nachts sehr häufig unterbrochen sei. Auf 3,0 sehr fester Schlaf bis Morgens, so dass er in den Morgenstunden noch müde und schläfrig ist. Keine Nebenerscheinungen.

23) Wolfgang H., 29 Jahr; Scorbut. Patient klagt über häufige Unterbrechung des Schlafes. Auf 3,0 schläft er die ganze Nacht; ohne Nebenerscheinungen.

24) Adam K., 82 Jahr; chronische Obstipation, Arteriosklerose, (senile Beschwerden). Patient, der 5 mal Chloralamid bekam, hat bisher Nachts sehr schlecht geschlafen; auf 3,0 schläft er die ganze Nacht hindurch und den ganzen Morgen mit kurzer Unterbrechung; auf 2,0 guter, fester Schlaf bis Morgens, ohne Nebenerscheinungen. Patient lobt das Mittel ausserordentlich und bittet dringend um Wiederholung desselben. Er »möchte das Mittel nie mehr vermissen«.

25) Sybilla F., 39 Jahr; Schrumpfniere mit sehr starken (uraemischen) Kopfschmerzen. Patientin, die vor Schmerzen laut jammert, und vorher sehr schlecht geschlafen hat, bekommt 2 mal 3,0 Chloralamid. Das erste Mal sehr guter Schlaf bis Vormittag. Sie verlangt schon am Nachmittag wieder inständig ihr Schlafpulver. Auch das zweite Mal günstiger Erfolg, ohne Nebenerscheinungen.

Dies sind die Fälle, bei welchen das Chloralamid gegeben wurde, um auf vorhandene Schlaflosigkeit einzuwirken.

Um nun aber die objective Wirkung des Mittels festzustellen, wurde es eines Morgens 3 fast geheilten Kranken mit Lues und Ulcus molle (einem von diesen 2 mal) gegeben, die Nachts vorher gut geschlafen hatten. Sie hatten davon keine Ahnung, sondern sie bekamen es als angebliche Medication gegen ihre Krankheit. Das Mittel erzeugte bei Allen ausgesprochene Müdigkeit und Schläfrigkeit, so dass 2 derselben etwa 1 Stunde nach dem Einnehmen ihre gewohnte Hausarbeit, zu der sie als Reconvalescenten verwendet wurden, aufgaben, und sich in's Bett legten. Sie schliefen den ganzen Tag bis gegen Abend, allerdings mit sehr häufigen Unterbrechungen, da sie öfter von ihren Nachbarn, die sich über ihre »Faulheit und Schläfrigkeit« lustig machten, geweckt wurden, und sie sich selbst bemühten, munter zu bleiben. Der Schlaf in der Nacht darauf war wie gewöhnlich.

Unsere Versuche erstrecken sich also auf 25 Kranke und 3 Gesunde, also auf 28 Fälle mit 118 Einzeldosen. Ausgesprochen schlafmachende Wirkung trat davon ein in 26 Fällen; bei 16 war der Erfolg geradezu ein vorzüglicher, bei den übrigen dem der anderen Schlafmittel nahezu gleichstehend. Ganz versagt hat das Mittel nur in 2 Fällen, in einem Fall von Dementia paralytica und bei einer sehr schweren Phthise; zweifelhaft war es in dem Fall der acuten Myelitis (Nr. 7).

Eine Vergleichung des Chloralamids mit dem schon lange bekannten Chloral scheint uns nach den bisherigen Erfahrungen zu Gunsten des Chloralamids auszufallen. Einmal ist der Geschmack des Chloralamids ein wesentlich besserer, wie der des Chlorals; und dann, was die Hauptsache ist, erschien uns die schlaferzeugende Wirkung des Chloralamids entschieden grösser als diejenige des reinen Chlorals zu sein. Die Nebenwirkungen sind zweifellos beim Chloralamid geringer. Der Preis ist etwa derselbe, der des Chloralamids eher geringer.

Was diese Nebenwirkungen anlangt, so ist mit Sicherheit nur leichter Schmerz und Eingenommensein des Kopfes nach dem Erwachen anzuführen. Jedoch unter den 28 Fällen nur 8 mal. In einem Falle (Nr. 11) wurde constant nach dem Erwachen starkes Hungergefühl angegeben, und einmal ein Collaps beobachtet, der aber nicht sicher auf das Mittel zurückgeführt werden kann.

Zu bemerken ist, dass wir das Mittel auch bei einem und demselben Patienten häufig angewandt haben, so z. B. bei Fall Nr. 1, 3, 5, 11. Dabei hat sich herausgestellt, dass eine Gewöhnung an das Mittel nicht so leicht eintritt, da auch bei den späteren Dosen dieselbe schlafmachende Wirkung erzielt worden ist, wie bei der ersten. Dies ist ein Umstand, welcher ebenfalls gegen die bloss psychische Wirkung der Medication des Mittels spricht. Bei anderen empfohlenen Schlafmitteln hat man ja bekanntlich nur zu häufig die Beobachtung gemacht, dass das Mittel zwar bei der ersten Verordnung die gewünschte Wirkung erzielt hat, bei der späteren Verabreichung jedoch vollkommen ohne Erfolg bleibt.

Besonders möchten wir hervorheben, dass das Mittel eine specifische Wirkung auf Schmerzen oder andere Krankheitssymptome nicht hat. Nur bei cardialem Asthma schien es einen geradezu specifisch-therapeutischen Erfolg zu haben, besonders in dem Fall 2. Der Puls, der gerade da sehr viel zu wünschen übrig liess, hob sich während der Wirkung des Mittels ausserordentlich und blieb auch in der Folgezeit gut.

Dies führt uns überhaupt auf die Anwendung des Chloralamids in den einzelnen Krankheitsformen. Wir haben, entsprechend dem Material unserer Klinik, das Mittel vorzugsweise bei schweren organisch Kranken angewandt, wo ja im Allgemeinen die Wirkung der Schlafmittel gewiss weniger leicht eintritt, als bei rein nervöser, psychischer Schlaflosigkeit. Sowohl bei organischen Nervenleiden, wie bei Herzkranken, Lungenleidenden, Nierenkranken hat uns das Mittel gute Dienste geleistet. Gerade in vielen Fällen rein nervöser Schlaflosigkeit wären weitere Untersuchungen sehr erwünscht, zu denen aber naturgemäss eine Klinik wenig Gelegenheit gibt. Entschieden gut wirkte das Mittel auch bei Schlaflosigkeit, die durch starke Schmerzen bedingt war.

Was die Dosirung anlangt, so scheint in vielen Fällen eine Dosis von zwei Gramm zu genügen, namentlich bei Frauen. Bei schweren Fällen erscheint drei Gramm als die geeignete Dosis. Die Darreichungsform betreffend haben wir das

Mittel, wie schon erwähnt, in Oblaten oder in Wein gelöst gegeben, ohne besondere Unterschiede in der Wirkung zu beobachten.

Ein schlechter Einfluss auf Herzthätigkeit, Athmung, Temperatur, Verdauung und Urinsecretion war, wie schon hervorgehoben wurde, nicht zu bemerken.

Nach alledem dürfen wir wohl das Chloralamid als ein sehr brauchbares Schlafmittel empfehlen. Gewiss gibt es ja auch nach unserer Erfahrung Fälle, wo es versagt, vielleicht sogar werden sich noch üble Nebenwirkungen in dieser oder jener Richtung bei längerem Gebrauch in der Praxis herausstellen. Soviel man aber jetzt nach den hier gemachten Versuchen und Erfahrungen sagen kann, ist das Chloralamid wohl werth, in die Reihe der mit Recht empfohlenen und gebrauchten Schlafmittel mit eingerechnet zu werden. Gerade für den Praktiker, der so oft in die Lage kommt, mit seinen Medicationen aus diesem oder jenem Grunde wechseln zu müssen, dürfte ein solches Mittel, welches neben seinem geringen Preis so vorzügliche Wirkungen äussert, wohl von besonderem Werthe sein.

Plastische Operationen in der Mundhöhle und an der Nase.

Von Dr. *Josef Rotter* in München.

Während meiner Assistentenzeit an der v. Bergmann'schen Klinik in Berlin hatte ich Gelegenheit eine Reihe von plastischen Operationen auszuführen, welche in ihrer Art neu sind und ein allgemeines Interesse verdienen.

I. Operative Beseitigung einer narbigen Kieferklemme.

Die narbige Kieferklemme entsteht in der Regel dadurch, dass die Schleimhaut der Wange durch einen Geschwürsprocess oder durch Brand verloren geht und im Verlauf der Heilung durch Narbengewebe ersetzt wird. Dieses hat bekanntlich ein sehr grosses Bestreben zu Schrumpfung und Retraction, zumal an einer Stelle wie an der Wange, wo bei Mangel an Skeletstützen die Weichtheile dem Zuge willig nachgeben. Im Verlauf zieht es sich auf die Hälfte oder dem dritten Theil der ursprünglichen Ausdehnung der Geschwürsfläche zusammen und verbindet schliesslich als straffes Band den Ober- und Unterkiefer so fest miteinander, dass die Zahnreihen nicht mehr voneinander entfernt werden können und die Nahrungsaufnahme im höchsten Grade behindert ist. Dabei besitzt es eine solche Widerstandsfähigkeit, dass die methodische Dilatation oft nur sehr unvollkommene Resultate erreicht und selbst in Narkose bei starker Gewaltanwendung eine nur geringe Dehnung möglich ist.

Das Schicksal solcher Patienten ist daher ein recht beklagenswerthes. — Sie können nur dann radical geheilt werden, wenn nach Entfernung des unnachgiebigen Narbengewebes die wunde Innenseite der Wange mit Schleimhaut oder epidermoidaler Haut bekleidet wird. Dann ist eine Schrumpfung ausgeschlossen.

An Schleimhaut ist bei grösserer Ausdehnung des Defectes kein Ueberfluss vorhanden.

Die Beschaffung von epidermoidaler Haut und die Technik ihrer Aufpflanzung sind schwierig und erklären, warum solche Operationen bis jetzt so selten ausgeführt wurden.

Gussenbauer[1]) hat vor etwa 10 Jahren den ersten und zugleich erfolgreichen Versuch in dieser Richtung gemacht. Er wendete die Wange im vollen Sinne des Wortes um, d. h. er drehte die Hautseite nach innen, nach der Mundhöhle zu, und die wunde Innenseite der Wange nach aussen, und deckte letztere dann mittelst eines dem Halse entnommenen Hautlappens.

Dieses umständliche Verfahren, dessen Schilderung ich mir, um Zeit zu sparen, erlasse, ist neuerdings von Gersuny[2]) und von Hacker[3]) durch ein viel einfacheres ersetzt worden.

Gersuny hat nach Exstirpation eines Carcinoms der Wangenschleimhaut den Defect sofort mit einem gestielten Lappen aus dem Hals gedeckt. Er löste die Wange längs des Unterkiefers ab und steckte durch diesen Schlitz den Halslappen, dessen Basis unterhalb dieses Schlitzes auf dem Rand des Unterkiefers gelegen war, hindurch in die Mundhöhle, so dass die epidermisbedeckte Seite nach innen sah und die Wundseite auf die wunde Innenseite der Wange zu liegen kam und nähte ihn auf letztere fest. Der Erfolg war ein sehr befriedigender.

Diese Methode ist für uncomplicirte Fälle gewiss als Normalverfahren zu empfehlen.

Wenn aber, wie in meinem Falle, in der Unterkiefergegend Narben vorhanden sind, welche die Bildung eines wohlernährten und dehnbaren Lappens unmöglich machen, und wenn man neue entstellende Narben in den bloss getragenen Theilen des Gesichtes und Halses vermeiden will, zumal bei Kranken, welche sich noch im Wachsthumsalter befinden, dann muss man sich das Materal aus einer entfernteren Körperstelle zu verschaffen suchen. Ich holte es in meinem Falle aus dem Oberarm herbei. Zur Erläuterung des Verfahrens lasse ich gleich die Krankengeschichte folgen:

Die 6 Jahre alte Patientin H. v. B. aus Russland hatte durch Noma die Schleimhaut der ganzen rechten Wange, der Alveolarfortsätze, und ausserdem noch einen nahezu Markstückgrossen Theil der Wangenhaut nach aussen vom rechten Mundwinkel verloren.

Letzterer Defect war durch eine kleine Operation mittelst eines Lappens aus der Unterkiefergegend geschlossen worden.

Die Vernarbung auf der Innenseite der Wange führte schliesslich zu einem solchen Grade von Kieferklemme, dass nur noch flüssige Nahrung genommen werden konnte und auf der kranken Seite sich die Zähne des Oberkiefers in das Zahnfleisch des Unterkiefers einbohrten. Nachdem die methodische Dilatation ohne Erfolg versucht worden, wurde operative Hilfe dringend gefordert.

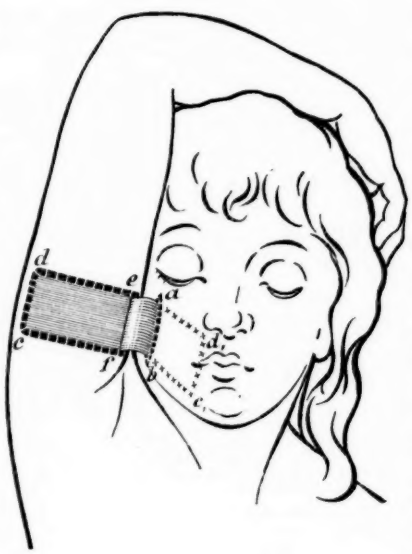

Fig. 1.

Es wurden zunächst Wange und Alveolarfortsätze, welche breit verwachsen waren, mit dem Messer von einander gelöst, und um hinten besser beikommen zu können, die Wange mit einem perpendiculären Schnitt am vorderen Rand des M. masseter gespalten (Fig. 1 a b). Durch den so geschaffenen Schlitz konnte der Finger in die Mundhöhle

[1]) Gussenbauer, Archiv f. klin. Chirurgie, XXI. p. 256 und XXIII. p. 231.

[2]) Gersuny, Centralbl. f. Chirurgie, 1887. S. 706.

[3]) v. Hacker, Zeitschrift f. Heilkunde, Bd. IX.

eingehen, die Wange wie einen brückenförmig zwischen Ober- und Unterkiefer ausgespannten Hautstreifen anziehen und spannen und so jeden unnachgiebigen Narbenstrang auffinden und dem Messer zugänglich machen.

Nachdem die Narbenschwarten exstirpirt waren, liess sich der Mund fast normal weit öffnen. Jetzt galt es, die Wundfläche der Innenseite der Wange mit Oberhaut zu bekleiden.

Anfangs dachte ich daran, zu diesem Zwecke die Thiersch'sche Transplantationsmethode anzuwenden, nachdem ich früher bei Lupus auf der Innenseite der Oberlippe mit Erfolg transplantirt hatte, aber ich musste in diesem Falle wegen Raummangels und der Unmöglichkeit der Ruhigstellung den Plan aufgeben.

Ich suchte daher einen gestielten Hautlappen aus einem entfernten Körpertheile zu gewinnen und dazu erwies sich als am bequemsten der Oberarm.

Nachdem der rechte Arm in der auf nebenstehender Zeichnung (Fig. 1) angegebenen Stellung mittelst Heftpflaster, Watte und Binden — Gyps lässt sich nicht verwerthen, weil der Verband zu voluminös wird — an den Kopf fixirt war, wurde aus der Gegend des Oberarmes, welche dem Wangenschlitz benachbart war, ein gestielter Lappen gebildet c d e f (freies Ende c d, Basis e f), welcher durch den Schlitz hindurch so in die Mundhöhle gesteckt wurde, dass die epidemisbedeckte Seite nach den Zahnreihen hin sah, die Wundfläche auf die wunde Innenseite der Wange in der durch a b c, d angegebenen Ausdehnung zu liegen kam. Eine sorgfältige Befestigung des Lappens in seiner neuen Lage, besonders in den Umschlagsfalten der Wange mittelst Naht konnte erst dann vorgenommen werden, als die Wange noch horizontal in der Richtung vom Mundwinkel zum Schlitz gespalten und so mehr Raum gewonnen war. Der letztere Schnitt wurde nach Annähung des Lappens sofort wieder geschlossen.

Der Arm musste nun so lange in dieser Stellung am Kopf fixirt bleiben, bis der Hautlappen, welcher zunächst seine Ernährung durch den ihn mit dem Oberarm verbindenden Stiel (e f) erhielt, mit der Wange so fest verheilt und verwachsen war, dass er von letzterer aus genügend ernährt wurde. Das dauert nach anderweitig gemachten Erfahrungen etwa 7—9 Tage.

In dieser Zeit wurde die anscheinend unbequeme Lage des Armes auf dem Kopf vortrefflich vertragen. Mit Ausnahme des ersten Tages nach der Operation war sogar der Schlaf ein ungestörter. Nur die starke Dehnung des M. latissim. dorsi verursachte zuletzt ein unangenehmes, aber durchaus nicht sonderlich schmerzhaftes Gefühl.

Am 7. und 9. Tage post operationem schnitt ich je eine Hälfte des Stieles des Lappens durch, machte den Arm wieder frei und schloss den senkrechten Wangenschlitz durch die Naht.

Der Lappen erwies sich in toto auf die Innenseite der Wange angeheilt und hatte seine Beschaffenheit in keiner Weise verändert.

Das functionelle Resultat war ein sehr befriedigendes, die Patientin vermochte die Zahnreihe $2^1/_2$ cm von einander zu entfernen, und ihren vortrefflichen Appetit wieder nach Herzenslust zu stillen, so dass sie in kurzer Zeit ein blühendes Aussehen bekam.

Ungefähr $1^1/_2$ Jahr nach der Entlassung aus der Klinik theilten mir ihre Eltern brieflich mit, dass der Erfolg ein dauernder geblieben sei, dass das Oeffnen des Mundes noch ebenso weit möglich sei als nach der Operation, und dass der eingepflanzte Hautlappen sich unverändert erhalten habe.

(Fortsetzung folgt.)

Ueber Intubation des Kehlkopfes.

Von Professor Dr. *H. Ranke.*

(Schluss.)

A. Secundäre Diphtherie mit Intubation behandelt.

1888.

Nr.	Name	Alter	Eintritt	Vorausgegangene Erkrankung	Dauer der Rachen-Larynx-Symptome		Intubirt	Verschlucken	Tube entfernt	Tracheotomie	Complication	Albuminurie[1]	Resultat	Todesursache. Bemerkungen.
1	Pelloth Frdr.	5 Jahre	1. X.	Scharlach am 22. X. Varicellen und Diphth.	1	Tag	22. X.	ja	—	—	Bronchitis.	a	† 25. X.	Descendirender Croup. Eiterige Bronchitis. Lobulärpneumonie. Nephritis.
2	Spachtholz J., Hausinfect.	5¾ »	14. X.	Rachit. Verkrümmung, am 24. X. Scharlach.	—	1	»	18. XI. Nur geringe Erleicht.	»	—	Pleuritis.	—	† 19. X.	Descendirender Croup. Diphtherie des Larynx und der Trachea. Fibrinös-eiterige Pleuritis.
3	Hirsch Joh.	3 »	—	Masern überstanden.	?	2	»	4. XII. Geringe Erleichterung	»	—	—	—	† 4. XII.	Descendirender Croup. Diphtheritis faucium, laryngis, bronchiorum. Eiterige Bronchitis. Oedem der Lungen.
4	Menk Joseph.	1 J. 9 M.	—	Vorher Masern.	0 »	2	»	12. XII.	»	—	—	Pneumonia fibrinosa r. o.	—	† 13. XII.	Pneumonia fibrinosa des rechten Oberlappens. Croup und Oedem des Larynx. Bronchitis purulenta.
5	Eitel Heinr.	3 Jahre	2. XI.	Nephritis post Scarlatin.	1	1	»	7. XI.	»	—	—	Pneum. beider Oberlapp.	a	† 9. XI.	Descendirender Croup. Diphtheritis faucium, laryngis, bronchiorum; Pneumonie.
6	Graf Wolfg.	2½ »	21. XI.	Scarlatina mit Halsdrüsenschwellung.	6	6	»	7. XII Oeftere Versuche, T. zu entfernen.	nein	—	—	Pneumonia fibrinosa.	A	† 17. XII.	Pneumonie des linken Oberlappens und der rechten Lunge. Diphtherie der Conjunctiva, des Rachens, Kehlkopfes, Bronchien.
7	Rein Crescent. Hausinfect.	2 »	22. IX.	Vorher rachit. Verkrümmung, am 22. XI. Scharl.	2	1	»	16. XII.	ja	—	—	—	a	† 18. XII.	Descendirender Croup. Diphtheritis faucium, laryngis, bronchiorum. Pneumonia crouposa et lobularis.
8	Mayerhofer Xaver.	2 »	12. XII.	Rachitis. Diphtherie, am 14. XII. Scharlach.	2	1	»	12. XII. Vom 17. XII. antägl. Vrs., T. zu entf.	»	—	Pneumonia fibrin. dextr.	A	† 22. XII.	Pneumonia fibrinosa pulm. dextri, Diphtheritis faucium, laryngis, trachcae. Druckusur des Ringknorpels und des V. Trachealringes. Anämie.

[1]) Geringe Mengen Eiweiss sind mit a, grosse mit A bezeichnet.

A. Secundäre Diphtherie mit Intubation behandelt.

Nr.	Name	Alter	Eintritt	Vorausgegangene Erkrankung	Dauer der Symptome: Rachen-	Dauer der Symptome: Larynx-	Intubirt	Verschlucken	Tube entfernt	Tracheotomie	Complication.	Albuminurie	Resultat	Todesursache. Bemerkungen.
							1889.							
9	St. Eug.	1 Jahr	15. I.	Diphtherie des Rachens, am 16. I. Abends Scharlachexanthem.	2 Tage	1 Tag	15. I.	ja	—	—	Bronchitis.	a	† 17. I.	Eiterige Bronchitis. Atelektase der Unterlappen, abgelaufene Diphtherie des Rachens, Kehlkopfes, Trachea.
10	Ritt Anna, Hausinfect.	3 »	18. I.	Pneumonie des rechten Oberlappens.	1 »	1 »	21. I.	»	—	—	—	—	† 25. I.	Pneumonia fibrinosa des rechten Oberlappens. Abgelaufene Diphtherie des Rachens, Kehlkopfes, Trachea.
11	Heilmeier Michael.	1 »	24. I.	Pneumon. fibrin. l. h. u.	0 »	1 »	28. I.	»	—	—	—	a	† 29. I.	Pleuropneumonie des linken Unterlappens. Pleuritis serofibrinosa. Diphtheritis laryngis et tracheae.
12	Schindele Friedrich.	8½ »	24. III.	Morbilli.	1 »	1 »	24. III. [1])	»	—	—	Pneumonie, Emphysem.	a	† 3 IV.	Absteigender Croup. Pneumonia croup. des linken Unterlappens. Lobul. Herde in beiden Lungen. Nephritis acut.
13	Gründel Gg.	3 »	7. III.	Pneumonia caseosa.	1 »	1 »	15. III.	ja gering.	—	—	—	a	† 30. III.	Pneumonia caseosa. Abgelaufene Diphtherie des Kehlkopfes und der Trachea. Decubitusgeschwüre der letzteren durch Tubendruck an zwei Stellen.
14	Jägerhuber Johanna.	4¾ »	21. IV.	Morbilli unmittelbar vorausgehend.	0 »	2 »	22. IV. 9 Tage lang.	ja	—	—	Pneumonie.	a	† 6. V.	Pneumonia crouposa beider Unterlappen und des rechten Mittellappens. Frische fibrinöse Pleuritis. Diphtherie des Rachens, Kehlkopfes und der Trachea.
15	König August.	2½ »	2. VI.	10 Tage vorher Morbilli, seitdem heiser.	?	1 »	2. VI. 7 Tage lang.	»	—	—	—	—	Geheilt.	Diphtheritische Beläge auf den Tonsillen.

B. Primäre Diphtherie mit Intubation.

Nr.	Name	Alter	Dauer der Erkrankung: Rachen-	Dauer der Erkrankung: Larynx-	Eintritt	Intubirt	Verschlucken	Tube entfernt	Complicationen	Albuminurie	Resultat	Todesursache. Bemerkungen.
						1888.						
1	Bitzer Johanna.	1½ Jahre	2 Tage	1 Tag	23. X.	23. X., sofort Erleichterung.	ja	28. X. 5. Tag	—	A	8. XI. geheilt.	—
2	Preisz Robert.	1¼ »	?	2 »	30. X.	30. X., wenig erleichtert.	»	—	—	—	† 3. XI. 3 Stunden später.	Erschöpfung. Section: Diphtheritis faucium et laryngis. Anaemie. Darmkatarrh. Milztumor. (Vorher 4 Wochen Darmkatarrh.
3	Nagl Johanna.	2 »	?	1 »	2. XI.	Darnach keine Erleichterung.	»	—	Tracheotomie.	A	† 4. XI.	Absteigender Croup.
4	Wiesmeyer Eugen.	1¾ »	2 Tage. Hausinf.	0 »	9. XI.	24. XI.	»	—	Pneumonie.	—	† 25. XI.	Poliomyelitis anterior acuta. Diphtheria fauc. et laryngis. Bronchopneumonia lob. inf. utriusque.
5	Seitz Adolf.	2 J. 2 M.	6 Tage	1 »	15. XI.	15. XI.	»	—	Pneumonie.	a	† 19. XI.	Absteigender Croup. Section: Diphtheritis fauc. laryngis et bronchiorum. Eiterige Bronchitis Pneumonia lobul.
6	Riesenhuber Therese.	2 Jahre	2 »	1 »	8. XII.	8. XII.	»	—	Bronchitis.	A	† 9. XI.	Absteigender Croup. Section: Diphtheritis faucium, laryng. Tracheae. Croupöse eiterige Bronchitis, lobulär pneumonische Herde.
7	W. Frieda, Poliklinik.	5½ »	6 »	4 »	—	2. I. 89.	»	—	Bronchitis.	—	† 4. I. 89.	Herzschwäche. Section: Diphtherie des Rachens, des Larynx, der Trachea. Oedem der Lungen.
						1889.						
8	Bleier Johanna.	1¾ »	?	1 »	1. I.	1. I. Sofort Erleichterung.	ja	4. I. 4. Tag	Pneumonia.	a	Geheilt.	Nachdem die Diphtherie vollkommen abgelaufen, starb das Kind am 13. II. auf der internen Abtheilung an Pneumonia lobular. beider Unterlappen mit Uebergang in Schrumpfung. Fettige Degeneration des Alveolarexsudates.
9	Knoll Sophie.	9½ Monat	8 Tage	3 »	22. I.	22. I.	ja	—	—	A	† 23. I.	Absteigender Croup. Diphtheritis faucium. Laryngotracheitis crouposa, eiterige Bronchitis.
10	Baumgartner Joseph.	4½ Jahre	6 Tage	4 Tage	23. I.	23. I. — 25. I. 2. II. — 3. II.	nein	25. I. 2. Tag 3. II.	Pneumonia crouposa.	A	† 3. II.	Pneumonie. Descend. Croup. Hochfieberhafte Temperatur. Section: Diphtheritis faucium, laryngis, trachea, bronchiorum. Pneum. crouposa lob. sup. dextri. Milztumor.

11	Krainer Carl.	3¾ »	?	1 »	24. I.	24. I. Sofort erleichtert.	ja	31. I. 8. Tag	—	A	6. II. geheilt entlassen.[2]	—	
12	Dandl Cresc.	4¼ »	5 »	2 »	1. II.	2. II. Sofort erleichtert.	nein	5. II. 3. Tag	Phlegmone der linken Wange.	A	8. II. geheilt entlassen.[3]	—	
13	BaumannCarl.	2¼ »	6 »	1 »	4. II.	4. II. Sofort erleichtert.	—	—	—	a	† 5. II.	Sepsis. Diphtheritis faucium et laryngis.	
14	Meyn Maria.	1¼ »	3 »	2 »	15. III.	15. III. Mässige Erleichterung.	nein	—	Pneumonia crouposa.	a	† 17. II.	Absteigender Croup. Pneumonia crouposa der Unterlappen, Lobularis der Oberlappen.	
15	Lassleben Anton.	4½ »	?	1 »	20. III.	20. III. Erleichtert, starker Hustenreiz.	ja	—	—	A	† 22. III.	Absteigender Croup. Tonsillitis suppurativa. Mässiger Milztumor.	
16	Lenzer Cäcil.	4 »	2 »	0 »	24. III.	24. III. Athmung freier.	nein	—	—	—	† 25. III.	Absteigender Croup. Lobuläre Herde in beiden Lungen. Croup des Magens.	
17	Rosner Max.	7 »	5 »	2 »	31. I.	31. I. Sehr erleicht.	ja	11. I. 12. Tag	Tracheotomia infer. am 11. I., am 27. II. Canüle entfernt.	A	Geheilt, mit Stimmbandlähmung.	Am 1. II. wurde durch die Tube eine 1 cm lange Membran ausgehustet. Beim Austritt und einem späteren Spitalaufenthalt bestand am linken Stimmband Cadaverstellung, am rechten behinderte Abduction.	
18	Feichtner Emilie.	5½ »	4 »	1 »	7. II.	7. II. Sehr erleicht.	gering ja	15. II. 8. Tag.	Tracheotomia infer. am 15. II., Canüle entfernt am 21. II.	A	Geheilt mit Stimme entlassen.	Durch die Tube sowohl als durch die Canüle wurden ramificirte Membranen ausgehustet.	
19	Feyler Franz.	3 »	10 »	1 »	3. III.	10. III. Geringe Erleichterung.[4]	ja	—	Icterus am 13. III. Schwellung der Leber.	a	† 28. III.	Sepsis. Section: Starke Drüsenschwellung zu beiden Seiten des Halses, Croup des Kehlkopfes. Eiterige Bronchitis, kleine lobuläre Herde im linken Unterlappen. Milz und Leber vergrössert.	
20	Effner Hans.	4 J. 2 M.	D. d. Nase 3 Tage	2 »	4. III.	4. III.	ja gering	8. III. 4. Tag	Scarlatina. Hausinfection am 10. III. Pneumonia caseosa. 8. IV. Morbilli.	a	Geheilt.	Nachdem die Diphtherie vollkommen abgelaufen, starb Patient am 10. IV. an Pneumonia caseosa des rechten Unterlappens und linken Oberlappens. Eiterige Pleuritis rechts. Stärkere Injection der Schleimhaut an den Druckstellen der Tube.	
21	Heimbuchner Maria.	5 J. 2 M.	3 »	2 »	26. III.	26. III. Resp. frei, jedoch sehr beschleun.	nein	—	Bronchitis.	—	† 28. IV.	Absteigender Croup. Section: Diphtheritis faucium, laryngis, bronchiorum. Eiterige Bronchitis.	
22	Stimmer Franz.	3¼ Jahre	3 »	1 »	7. IV.	8. IV.	ja	—	—	a	† 9. IV.	Absteigender Croup. Section: Diphtherie des Rachens, Kehlkopfes, der Trachea und grossen Bronchien. Lobulär pneumonische Herde auf beiden Lungen.	
23	Merz Bartholomäus.	3 »	?	1 »	12. IV.	17. IV.	»	—	Scarlatina. Hausinfection am 21. IV.	0	† 23. IV.	Scarlatina. Pneumonie. Nach der Intubation am 17. IV. war eine ramificirte Membran ausgehustet worden. Section: Croupöse lob. Pneumonie des linken Unterlappens. Lobuläre Herde im Oberlappen. Usur an der Stelle, wo die Tube anlag.	
24	Burger Otto.	2 »	unbek.	1 »	11. V.	11. V. Geringe Erleichterung.	nein	—	—	—	† 12. V.	Absteigender Croup. Diphtherie des Rachens, Kehlkopfes, der Bronchien, fibrinöse Bronchopneumonie. Hydrocephalus internus.	
25	Mühlbauer Georg.	4 »	unbek.	3 »	23. V.	23. V.	ja	31. V. 8. Tag	—	a	Geheilt.	—	
26	V. X. In Cons. mit Hrn. Generalarzt Dr. Neuhöfer.	7 »	1 Tag	12 Stund.	—	22. IV.	»	—	—	nein	† 23. IV. 22 Stunden nach der Intubation.	Septische Diphtherie. Absteigender Croup (?). Starke Drüsenschwellungen. Rapide Entwickelung der Larynxstenose. Sofort bei Intub. Prognose ungünstig gestellt. Dyspnöe beseitigt bis zum Tode. Section nicht gestattet.	
27	Kaeser Carl.	2 »	4 »	2 Tage	6. VI.	6. VI.	»	6. VI.	Nach 9 Stunden Tracheotomia inf. wegen plötzlichen Stillstandes der Athmung.	A	† 9. VI.	Pneumonia crouposa. Nach der Tracheotomie wurden ramificirte Membranen ausgehustet. Tod unter ansteigender Athemfrequenz und der Temperatur (42°). Section: Diphtheria laryngis et Pharyngis Pneumonia crouposa des rechten Ober- und Unterlappens; lobulär pneum. Herde im linken Unterlappen.	
28	Kirchberger Wilhelm.	2 »	?	1 »	9. VI.	10. VI. Darauf keine Erleichterung.	»	10. VI.	Nach ¼ Stunde muss Tracheotomia inf. vorgenommen werden.	a	† 11. VI.	Absteigender Croup. Nach der Tracheotomie Aushusten ramificirter Membranen. Section; Diphtheria pharyngis, laryngis et bronchiorum. Lobulär pneumonische Herde an beiden Unterlappen. Darmkatarrh.	
29	Sacchetto Camillo.	2 »	?	2 »	1. VI.	1. VI. Darnach freie Athmung.	»	9. VI. 8. Tag	Pneumonia crouposa l. h. u.	a	Geheilt.	Tube zum ersten Male entfernt am 5. Tage; musste nach einer Stunde wieder eingeführt werden, ebenso am 8. Tag. Nach Ablauf der Larynxstenose Pneumonie, die sich vollständig löste.	

[1]) Hustet und würgt so heftig, dass sofort Tracheotomie vorgenommen wird; Canüle entfernt am 27. III. [2]) Noch aphonisch, jedoch ohne Stenose. [3]) Aphonisch und mit bellendem Husten. [4]) Am 13. III. Tube zum erstenmal entfernt, am 15. III. und am 27. III. für je einen Tag wieder eingesetzt.

Casuistische Mittheilungen aus Hospitälern und aus der Praxis.

Casuistische Mittheilungen aus dem Ambulatorium des med. klin. Instituts zu München. Von Dr. Hermann Rieder, Assistent des Instituts.

9) Isolirte Ulnaris-Lähmung durch Trauma.

Therese F., 15 Jahre alt, aus D. will zeitlebens nicht krank gewesen sein. Im November 1888 fiel sie angeblich auf der Flucht vor einem wüthend gewordenen Schweine zu Boden und wurde von diesem an der Ulnarseite der rechten Handwurzel gebissen. Die Wunde verursachte nur ganz geringen Schmerz, blutete aber stark. Nach 3 Wochen soll völlige Heilung derselben ohne jede entzündliche Reaction eingetreten sein, jedoch soll schon damals die Fähigkeit, sämmtliche Finger zu strecken und zu spreizen, aufgehoben gewesen sein; auch sei das Heben und Tragen schwerer Gegenstände nicht mehr möglich gewesen. Schmerzen sollen niemals bestanden haben. Die Gebrauchsfähigkeit der rechten Hand besserte sich in den nächsten Wochen nicht, so dass Patientin ärztliche Hilfe aufsuchte. Da aber nach Gebrauch von Heublumenbädern keine Besserung eintrat, verfügte sich Patientin kurz vor Ostern hieher, wo sie sich einer elektrischen Behandlung im Ambulatorium unterzog.

Weder am Ober- noch am Vorderarm irgend eine nutritive Störung bemerkbar.

An der Ulnarseite des Handgelenkes und zwar über dem Os pisiforme und dem Os triquetrum findet sich eine winklige unregelmässige, nur wenig verschiebliche derbe Narbe, deren einer Schenkel etwa 1, deren anderer 1,5 cm lang ist; dieselbe ist auf Druck nicht schmerzhaft.

Bei der Inspection der Volarfläche findet man den Daumen abstehend und die einzelnen Finger von einander entfernt in geringer Beugestellung.

Die Daumballenmusculatur ist an der Vola manus etwas atrophisch.

An den einzelnen Fingern findet man die 1. Phalanx in Streckstellung, die 2. und 3. Phalanx in leichter Beugestellung (entsprechend der Atrophie der Interossei = Ueberwiegen der Extensores und Flexores digitorum).

An der Dorsalfläche findet man bei der Inspection die Metakarpal-Interstitien eingesunken, sämmtliche Finger in mässiger Krallenstellung. Besonders starke Einsenkung findet sich zwischen Daumen und Zeigefinger.

Entsprechend der durch den Biss hervorgerufenen Verletzung des Ulnaris an der Handwurzel ist die Function des von ihm versorgten Flexor carpi ulnaris sowie des Flexor digitorum profundus normal, während alle Bewegungen des kleinen Fingers in hohem Grade beschränkt sind, ebenso wie die des Adductor pollicis und Flexor pollicis brevis. Spreizen und Wiederzusammenpressen sämmtlicher Finger ist fast aufgehoben, ebenso die Beugung der 1. Phalanx bei gestreckter 2. und 3. Phalanx besonders an den 3 letzten Fingern.

Nadelstiche, selbst sehr feine, werden auf dem Dorsum manus und der Dorsalfläche der Finger prompt und sicher gefühlt, ebenso feines Darüberstreichen mit dem Finger, auch spitz und stumpf gut unterschieden. Auf der Volarfläche wird an der Ulnarseite zwar spitz und stumpf gut unterschieden, jedoch feines Darüberfahren nicht gefühlt. Auf der Volarseite des 4. und 5. Fingers wird spitz und stumpf gar nicht unterschieden.

Bei 4 cm Zirkel-Abstand wird auf dem kleinen Finger volarseits nur eine Spitze angegeben, an den übrigen Fingern sind die Tastkreise annähernd normal; auf der Dorsalfläche werden noch bei einem Abstande von 1 cm 2 Spitzen genau angegeben.

Ausser den genannten Störungen macht sich noch eine merkliche Kälte der rechten Hand fühlbar.

Rohe Kraft der Hand etwas herabgesetzt.

Die elektrische Prüfung ergibt aufgehobene faradische Erregbarkeit der Interossei, Lumbricales, des Adductor pollicis, des Abductor digiti minimi, dagegen normales Verhalten des Musculus ulnaris internus. Galvanisch sind die Lumbricales noch nicht bei 3, die Interossei noch nicht bei 5 MA erregbar, der Abductor dig. min. zeigt träge Zuckung, ASZ bei 3,3 KSZ bei 5 MA, ASZ > KSZ. Der N. ulnaris in der Ellbogengegend ist erregbar bei 0,8 MA; etwas centralwärts von der Verletzung bei 1,2 MA — hier erfolgt blos träge Zuckung des Abductor digiti minimi.

Wegen der oberflächlichen Lage des Nerven am Oberarm und Ellbogengelenke gehören bekanntlich Ulnaris-Lähmungen durch Läsion desselben an diesen Stellen nicht gerade zu den Seltenheiten; in dem eben beschriebenen Falle erfolgte jedoch das Trauma in der Nähe des Handgelenks, dort wo der Hohlhandast zwischen Os pisiforme und Arteria ulnaris über das Ligam. carpi transversum zur Vola manus zieht.

Es sind hier deshalb auch nicht alle vom Ulnaris versorgten Muskeln von der Lähmung befallen, sondern nur die peripher von der Verletzungsstelle gelegenen — der Flexor carpi ulnaris und der Flexor digit. prof. sind intact, nur die Kleinfingermuskeln, die Interossei, die Lumbricales und diejenigen Daumenballenmuskeln, die vom Ulnaris versorgt werden, sind gelähmt, wie ja die Ulnarflexion und Abduction der Hand sowie die Beugung der 3. Phalanx in dem beschriebenen Falle vollkommen ermöglicht ist.

Der 2. und 3. Finger zeigen geringere Krallenstellung als die übrigen Finger, weil ihre Lumbricales vom Medianus versorgt werden.

Die Gebrauchsfähigkeit der Hand ist relativ gut, da die Motilität im Radialis- und Medianus-Gebiete vollständig intact ist.

Was die sensiblen Störungen anlangt, so entsprechen dieselben nicht genau dem Verbreitungsgebiete des Ulnaris, entweder wegen der so häufigen Anastomosen-Bildung mit den übrigen Vorderarm-Nerven oder, wofür auch die geringe Schmerzhaftigkeit nach der Verletzung spricht, weil der sensitive Ramus profundus N. ulnaris, der schon oberhalb der Handwurzel abzweigt, intact geblieben ist.

Die trophischen Störungen im Lähmungsgebiete sind, entsprechend dem elektrischen Verhalten der Muskeln, hochgradig ausgesprochen.

Da einerseits die traumatischen Lähmungen immer langsam und schleppend heilen, andererseits in unserem Falle eine starke Läsion des Nerven, vielleicht eine Continuitätstrennung stattgefunden hat, so ist dauernde Gebrauchsbeschränkung der Hand wahrscheinlich; jedenfalls ist Hand in Hand mit der elektrischen Untersuchung erst in mehreren Monaten eine sichere Prognose zu stellen.

Referate u. Bücher-Anzeigen.

Hygienische Tagesfragen. VII. Mit einem Vorworte von M. von Pettenkofer. München, 1889. M. Rieger'sche Universitäts-Buchhandlung. 125 S. Inhalt:

Fayrer, Sir Joseph (London): Geschichte und Epidemiologie der Cholera. S. 1.

Erni-Greiffenberg (Batavia): Die Cholera in Indien. S. 59.

Schuster A. (München): Quarantänen. S. 81.

Cramer C. (Zürich): Studie über die Aetiologie der Cholera. S. 97.

Den Inhalt des gegenwärtig vorliegenden neuesten Heftes der »Hygienischen Tagesfragen« bilden vier interessante Abhandlungen, die sämmtlich die Cholera zum Gegenstande haben, begleitet von einem Vorworte von Pettenkofer's, auf das wir noch zurückkommen werden.

Die erste Abhandlung bildet ein Vortrag des englischen Generalarztes Sir Joseph Fayrer, Präsident des indischen Gesundheitsamtes in London, welchen derselbe zur Eröffnung der Londoner medicinischen Gesellschaft im vorigen Jahre gehalten hat. Die von Fayrer hier ausgesprochenen Ansichten verdienen entschieden in Deutschland näher bekannt zu werden, weil sie der Ausdruck der in England beim Volke und bei der Regierung herrschenden Anschauungen sind, welche dem prophylaktischen Handeln dort zu Grunde liegen. England, als Be-

herrscherin Indiens, der endemischen Heimat der Cholera, wird in der Choleraprophylaxe aber stets eine Hauptrolle spielen. Es ist nun höchst merkwürdig, wenn man diese Anschauungen und die Handlungsweise der praktischen Engländer, die sich fast nur auf allgemeine sanitäre Vorkehrungen beschränkt, mit dem vergleicht, was auf hygienischen Congressen und sonst von den anderen europäischen Nationen gefordert wird. Nur die Verlegung der Truppen aus einer siechhaften Localität an eine andere siechfreie wird von Fayrer als directe specielle Massregel bei Cholera mit Ueberzeugung empfohlen, die Ansteckungsgefahr von Mann zu Mann dagegen verneint, Quarantänen und alle Beschränkungen des Verkehrs verworfen. Nach den Bestimmungen des indischen Gesundheitsamtes findet bei Schiffen, welche Cholerakranke an Bord haben, nur Isolirung der Kranken und Desinfection ihrer Effecten statt. Die übrigen Personen können bei Ankunft im Hafen gehen, wohin sie wollen. Im Uebrigen sind gewisse Desinfectionen, Räucherungen etc. bei Choleraausbrüchen allerdings vorgeschrieben; doch wird darauf offenbar kein Werth gelegt.

In ätiologischer Hinsicht steht Fayrer zwar im Grossen und Ganzen auf localistischer Basis, muss aber doch im Einzelnen als Nihilist bezeichnet werden. Weder besitzt die besondere Eigenschaft des Untergrundes nach seiner Ansicht eine nachweisbare Beziehung zur Cholera, noch vermag er dem Choleravibrio eine entscheidende Rolle bei der Genese der Cholera beizumessen. Die Negation in letzterer Beziehung ist eine so vollständige, dass v. Pettenkofer im Vorworte sich veranlasst findet, dem gegenüber die Wichtigkeit der bacteriologischen Forschung und speciell der Entdeckung des Cholerabacillus durch Koch hervorzuheben, welcher für die Choleraepidemiologie die grösste Bedeutung zukomme.

Eine zweite interessante Studie über die Cholera ist jene von Erni-Greiffenberg, ebenfalls auf Grund eigener, in Indien (Holländisch Indien) gesammelter Erfahrungen. Die Ansichten Erni's decken sich vielfach mit jenen Fayrer's. Auch Erni ist entschiedener Localist oder besser gesagt, entschiedener Anticontagionist, namentlich aber auch Gegner der Quarantänen. In seinen Darlegungen hebt er besonders die Widersprüche hervor, welche ihm die epidemiologische Erfahrung gegenüber der Lehre Koch's zu bieten scheint. Als Beispiel sei der Einfluss der Trockenheit auf die Choleragenese erwähnt. Je trockener der Ostmonsun ausfällt, um so mehr Gefahr besteht, dass die Cholera epidemisch wird. Hierin erblickt Verfasser einen absoluten Gegensatz zur Auffassung Koch's, weil ja der Cholerabacillus durch Austrocknung sehr leicht zu Grunde geht. In Atjeh aber sei es Regel, dass die Cholera gänzlich verschwindet, sobald nach dem Ende der trockenen Periode die ersten Niederschläge fallen; das sei eine auch den Eingeborenen geläufige Thatsache. Ferner sei trotz des Widerspruches von Koch die Thatsache richtig und unbestreitbar, dass in der trockenen Jahreszeit, wenn die Cholera herrscht, alle Feuchtigkeit von der Oberfläche des Bodens verschwunden ist. »Die Reisfelder, in denen man während der Regenzeit bis zu den Knieen im Morast waten musste, sind nun trocken wie eine Landstrasse, hart und überall mit Sprüngen versehen; auf diesen Flächen kann Artillerie und Cavallerie bequem manöveriren, während in der Regenzeit ein einzelner Mensch schon tief einsinkt. Das Gras und Alles ist verdorrt, sieht braunschwarz aus ... Wasser findet sich nur in grösseren Flüssen und tiefen Brunnen; auch finden sich leider keine Tanks, welche den Cholerabacillus noch etwa retten könnten. Derselbe wäre unrettbar verloren wegen Mangels an Feuchtigkeit. Und doch kommt gerade in dieser trockenen Zeit die Choleraepidemie zum Ausbruch.« Referent möchte hier bemerken, dass die geschilderten Verhältnisse nicht nur der Koch'schen sondern ebenso auch der localistischen Lehre ein schweres Räthsel aufgeben, und dass sie am ehesten noch mit directer Contagion vereinbar wären, wenn nicht auch hiegegen bekanntlich zahlreiche Gründe sprächen.

Bezüglich der Entstehung durch Trinkwasser steht der Verfasser auf völlig negativem Standpunct. In Kotta Radje auf Atjeh waren artesische Brunnen gebohrt worden, trotzdem kamen Choleraepidemien vor. Ferner wird in holländisch Indien in Cholerazeiten auf den Wasserbezug überhaupt die grösste Sorgfalt verwendet, das Wasser nur gekocht den Truppen verabreicht oder durch Thee oder Kaffee ersetzt; und doch ereignen sich Epidemien unter den Truppen.

Zur Frage der Quarantänen bringt einen sehr lesenswerthen Beitrag die dritte Abhandlung von Stabsarzt Dr. A. Schuster. Dieselbe gibt im Wesentlichen die Anschauungen des französischen Quarantänearztes Dr. Vignard wieder, der — ein weisser Rabe unter seinen quarantänefreundlichen Landsleuten — auf Grund seiner im Orient gesammelten Erfahrungen alle derartigen Verkehrsbeschränkungen mit Ueberzeugung verwirft, obwohl er ursprünglich ein begeisterter Anhänger derselben gewesen. Vignard hat 20 Jahre lang im Orient gelebt, hat dort ein Marinehospital geleitet, war selbst Vorstand einer Quarantäne, welche Constantinopel von der Donauseite her vor der Cholera schützen sollte und stand viele Jahre an der Spitze des Sanitätswesens an der Donaumündung. Man kann ihm daher die Berechtigung zu einem massgebenden Urtheil nicht absprechen, welches dahin lautet: »Nachdem die Quarantäne absolut nicht zu verwirklichen ist, so bildet sie eine nicht nur unnöthige, sondern entschieden schädliche Einrichtung«. Unterhaltend sind die Details, welche über die Ausführung der angeblich »strengen« und »radicalen« Desinfectionen im Orient erzählt werden, und die sehr an dasjenige gemahnen, was von der Deutschen Choleracommission 1889 über das Desinfectionswesen im Suezcanal berichtet wurde.

Charakteristisch ist die Erklärung Vignard's für die allgemeine Abneigung der Engländer gegen Quarantänen. Keineswegs sei dies ein Resultat theoretischer Erwägungen. Der Engländer als praktischer Mann fragt nicht viel nach Theorien, er kümmert sich nur um das, was er sieht, und, da er sehr viel reist, so wird ihm überall Gelegenheit, die Quarantänen, so wie sie wirklich sind, kennen zu lernen. »Er sieht, dass man ihn eine gewisse Zeit einsperrt, er bemerkt, dass die Vorschriften entweder gar nicht angewendet oder in jedem Augenblick von Jedermann umgangen werden und er schliesst daraus, dass in der Praxis die Einrichtung eine schlechte ist. Die Franzosen dagegen reisen sehr wenig und die grosse Menge befindet sich daher in tiefer Unwissenheit über diese Angelegenheit. Aber auch die Mehrzahl derjenigen, welche über Quarantänen schreiben, haben die Art und Weise, wie die Vorschriften ausgeführt werden, nicht gesehen, und dies ist ja gerade die schwächste Seite der Quarantänen. Wenn sie jemals selbst einer Quarantäne angewohnt hätten, so würde ihnen die Feder aus der Hand fallen und sie würden schleunigst in das Lager der Feinde übergehen.«

Der ätiologisch-wissenschaftlich interessanteste Beitrag ist schliesslich jener von C. Cramer, Professor der Botanik an der technischen Hochschule in Zürich. Cramer hat sich durch seine Untersuchungen anlässlich der Typhusepidemie von 1884 in Zürich und durch seine damalige Gegnerschaft gegen Klebs, der den Typhusbacillus im Wasser nachgewiesen haben wollte, auch in bacteriologischen Kreisen vortheilhaft bekannt gemacht. Die gegenwärtige Studie über die Aetiologie der Cholera verdient umsomehr Beachtung, als der Verfasser, der weder Arzt noch Verwaltungsbeamter sondern lediglich Naturforscher ist, vollkommen vorurtheilslos an die Frage herantritt. Die Gründlichkeit, mit der er sich in das schwierige und umfassende Gebiet hineinstudirt hat, verdient dabei alle Anerkennung. Die Resultate, zu denen er auf Grund einer objectiven Würdigung aller Thatsachen gelangt, sind allerdings nicht von der Art, dass sie die eine oder andere der beiden herrschenden Hauptrichtungen vollständig befriedigen könnten. Der Standpunkt des Verfassers ist im Wesentlichen ein vermittelnder, er erklärt sich zum Schlusse als »halb localistischer, halb contagionistischer Anschauung«, wobei freilich hervorzuheben ist, dass damit keineswegs den localistischen und anderseits den contagionistischen Momenten genau der gleiche Einfluss auf das Zustandekommen der Epidemien zugeschrieben werden soll. Dies wird klar aus des Verfassers Schlussatz der Erörterung über die Verbreitungsweise des Typhus- resp. Cholera-Contagiums, wenn er sagt: »Das Gesammtergebniss vorstehender Erörterung ist,

dass sowohl das endemische als das epidemische Auftreten der Cholera, wie auch des Typhus, allgemein und ungezwungen nicht auf die Verbreitung des Contagiums durch Trinkwasser zurückgeführt werden kann. Dies, im Verein mit früher Gesagtem, zeigt, dass ohne die Annahme einer ektogenen Entwicklung in der That nicht auszukommen ist.« Ob hienach die Bezeichnung als nur »halber Localist« gerechtfertigt sei, möge dahingestellt bleiben. Jedenfalls aber scheint sich Verfasser am meisten den von Gruber, Hüppe und dem Referenten geäusserten Ideen über die Choleraätiologie anzuschliessen, zu denen übrigens der Verfasser auf ganz selbständigem Wege gelangt ist. —

Im Ganzen kann man die Fülle von lehrreichem und anregendem Stoff, welchen dieses neueste Heft der »Hygienischen Tagesfragen« bietet, nur freudigst begrüssen, und sicherlich wird dasselbe viele dankbare Leser finden und zur Aufklärung der Praxis und Theorie der Cholerafrage wesentlich beitragen.

Buchner.

Dr. **Paul Ziegler**, Assistenzarzt: **Ueber primäres Larynxerysipel.** Aus der med. Abtheilung des Geheimraths Dr. v. Ziemssen. (Deutsch. Arch. f. klinische Med. 44 Bd. 4. Heft. 1889.)

Mit anderen Affectionen unter dem Sammelbegriff »Glottisödem« zusammengefasst wurde Erysipel des Kehlkopfes zuerst von Massei 1886 als eine selbstständig auftretende Krankheitsform eingehend beschrieben. Nach ihm haben eine Anzahl von Autoren einschlägige Fälle veröffentlicht und zuletzt ist es Biondi geglückt, aus dem Speichel eines derartigen Kranken Erysipelcoccen zu züchten. Verfasser hat sich die dankenswerthe Aufgabe gestellt, im Anschluss an einen behandelten charakteristischen Fall das Krankheitsbild des primären Kehlkopferysipels zu beschreiben. Die Krankengeschichte, illustrirt durch 6 Abbildungen des Kehlkopfbefundes, theilt er ausführlich mit. Im Allgemeinen beginnt die Krankheit mitten im besten Wohlbefinden mit Frost, die Temperatur steigt bis über 40°, dann folgt eine Pseudokrise, an die sich dem fortschreitenden Processe entsprechende Temperaturerhöhungen wieder anschliessen. Neben dem Fieber besteht heftiger Rachenschmerz, Lymphdrüsenanschwellung und Fremdkörpergefühl in Folge der infiltrirten Epiplottis. Die Stimme bekommt einen gurgelnden Ton. Rasche Zunahme der Dyspnoe. Eher oder später folgt ein Rückgang der bedrohlichen Erscheinungen. Das Erysipel wandert gerne und mit Vorliebe nach unten zur Trachea, und in die Bronchien und selbst bis zur Pleura. So kann es zu erysipelatöser Bronchitis, Pneumonie und Pleuritis kommen. Die Fortwanderung der Coccen auf dem Wege der Lymphbahnen hat Hajek in einem Falle nachgewiesen. Die Art der Entstehung kann man sich mit Zuhilfenahme der Stöhr'schen Entdeckung bezüglich des Uebertritts weisser Blutkörperchen aus dem Epithel erklären; durch ihr Gewebe ist die Fossa glossoepiglottica eine bevorzugte Infectionsstelle. Differentialdiagnostisch kommen Laryngitis acuta und Fremdkörpererscheinungen in Betracht. Prognostisch ist die Gefahr der Stenose und die Complication mit Lungenaffection im Auge zu behalten. Die letzteren Fälle enden nach Zülzer gewöhnlich lethal. Sonst ist die Prognose nicht infaust, von den 14 Fällen Massei's heilten 12. Die Therapie besteht in der Anwendung der Kälte (Eispillen und Eisumschläge), Erleichterung der Beschwerden durch Cocain und Morphiuminhalationen, Scarificationen. Bei heftiger Dyspnoe kommt die Tracheotomie in Betracht. Wichtig ist die Ernährung, in den ersten Tagen nur in flüssiger Weise anzuordnen.

Haupt-Soden.

Hack Tuke: Geist und Körper. Studien über die Wirkung der Einbildungskraft. Nach der 11. Auflage des engl. Originals übersetzt von Dr. H. Kornfeld. Jena, 1888.

Die Discussion über die Bedeutung der psychischen Therapie ist in Deutschland erst in den letzten Jahren in Fluss gekommen und zur Stunde noch weit entfernt von einem Abschluss. Tuke's Buch ist deshalb gerade jetzt von bedeutendem Werth. Dass es in seinen wesentlichen Bestandtheilen vor dem durch den modernen Hypnotismus erregten Streit entstanden ist, gereicht demselben nur zum Vortheil, weil ihm so die Objectivität gegenüber den neueren sich bekämpfenden Ansichten gewahrt blieb.

Die Aufgaben, welche der Verfasser sich gestellt hat, sind folgende:

1) »Es sollen authentische Beispiele jenes Einflusses (des Geistes auf den Körper) aus der vorhandenen Literatur und eigenen Beobachtungen zusammengestellt werden«. Verfasser hat mit Bienenfleiss eine grosse Anzahl von Beispielen und zwar nicht bloss aus der englischen Literatur gesammelt und nach bestimmten Gesichtspunkten geordnet. Mancher Leser wird vielleicht das Eine oder Andere derselben für nicht ganz verbürgt oder nicht ganz beweisend ansehen, besonders da bei einzelnen die Quelle nicht genau angegeben ist. Im Allgemeinen aber müssen die angeführten Thatsachen überzeugend wirken. Dabei ist unseres Erachtens das Hauptgewicht nicht allein auf die vielen besonders auffallenden, aber wegen ihrer Vereinzelung mehr als Curiosa zu betrachtenden Beobachtungen zu legen, sondern es ist eben so wichtig, dass Verfasser es nicht unterlässt, auf die ganz gewöhnlichen Einwirkungen der Psyche auf den Körper (Mimik, Erröthen, Thränen etc.) aufmerksam zu machen. Diese letzteren Beispiele werden, weil zu alltäglich, ganz gewöhnlich übersehen, sind aber gerade die unwiderleglichsten Beweise der Abhängigkeit körperlicher Functionen von der Psyche und zeigen principiell nicht die mindesten Unterschiede von den weniger gewöhnlichen, durch starke Gemüthsaufregung oder Suggestion hervorgebrachten Erscheinungen, welche sonderbarer Weise auch jetzt noch von so Vielen als Beobachtungsfehler kritikloser Enthusiasten aufgefasst werden.

2) »Diese Beispiele sollen auf eine bestimmte physiologische Grundlage gestellt werden und dadurch ein frisches Interesse und neuen Werth erhalten«. Diese Aufgabe ist selbstverständlich noch lange nicht in der Weise zu lösen, wie es wünschbar wäre. Doch ist anzuerkennen, dass Verfasser die beobachteten Erscheinungen, so weit es eben unsere Kenntnisse erlauben, mit grossem Geschick auf ihre physiologischen und psychologischen Ursachen zurückgeführt hat, ohne sich weit auf theoretisches oder überhaupt unbekanntes Gebiet hinauszuwagen.

3) »Es soll gezeigt werden, dass jener Einfluss nicht bloss das Vermögen besitzt, bei gesunden Personen Störungen der Sinnesempfindungen der Bewegung und der organischen Functionen zu erzeugen, sondern auch als Heilmittel gegen Krankheiten, in der Praxis, Bedeutung hat«. Wie Referent glaubt, ist es dem Verfasser vollkommen gelungen, für jeden vorurtheilslosen Leser principiell festzustellen, dass eine psychische Therapie bei vielen Krankheiten möglich ist. Damit soll natürlich nicht gesagt sein, dass in praxi die Technik der Psychotherapie jetzt schon weit über ihren Embryonalzustand hinaus sich entwickelt habe.

4) »Es sollen möglichst genau die Canäle festgestellt werden, vermittelst welcher jener Einfluss übertragen wird, und die Art und Weise der Uebertragung«. Es ist natürlich noch unmöglich, genügende Erklärungen zu geben. Verfasser lässt in diesen, übrigens kurz gehaltenen Ausführungen das sympathische Nervensystem als Ganzes eine wichtige Rolle spielen.

5) »Es soll durch diese Untersuchung die Natur und Wirkung dessen festgestellt werden, was gewöhnlich unter Einbildung verstanden wird«. Verfasser ist auch dieser Aufgabe in vorzüglicher Weise gerecht geworden, obgleich ihre Lösung nicht einen besonderen Abschnitt bildet, sondern implicite in dem ganzen Werke enthalten ist.

Das Buch ist, wie es von Tuke nicht anders zu erwarten ist, sehr klar geschrieben und streng wissenschaftlich gehalten. In besonderen Abschnitten werden die Einwirkungen des Verstandes, der Gefühle und des Willens auf den gesunden Körper behandelt; als letzter Theil folgt der Einfluss des Geistes auf den Körper bei der Behandlung von Krankheiten. Die sicher nicht leichte Uebersetzung ist fliessend und im Allgemeinen zu loben.

Bleuler.

Germain Sée: Die Lehre vom Stoffwechsel und von der Ernährung und die hygienische Behandlung der

Kranken. Autorisirte deutsche Ausgabe von Dr. Max Salomon. Leipzig. F. C. W. Vogel. 1888. Preis 12 M.

Das vorliegende Werk des bekannten Pariser Klinikers enthält den in seiner Art neuen Versuch, die Gesichtspunkte, welche sich für die Diätetik und den Stoffwechsel des gesunden wie des kranken Menschen ergeben, in zusammenfassender Weise und auf streng physiologischer Basis zu behandeln. Es legt damit ein rühmliches Zeugniss ab für den innigen Anschluss, welchen die moderne klinische Medicin an die Physiologie gewonnen hat. Auch ist gerade in diesem Gebiete der Uebergang aus dem Physiologischen in das Pathologische ein ganz allmählicher. Nachdem Verfasser die Grundprincipien der Ernährung und des Stoffwechsels vorgeführt, wie sie durch Voit und Pettenkofer beim Durchschnittsmenschen festgestellt sind, geben ihm schon die verschiedenen Variationen des Normalen, wie sie durch Alter, Geschlecht, sociale Stellung, beim Säugling, Schüler, Greise, Frauen, dem körperlich und dem geistig arbeitenden Manne bedingt sind, Gelegenheit zu besonderen diätetischen Vorschriften.

In noch eingehenderer Weise geschieht dies im zweiten Theile, welcher der hygienischen Behandlung der Kranken gewidmet ist; nicht nur bei Magen- und Darmkranken allein, sondern auch bei Stoffverlusten durch Fieber und Phthise, bei Blutarmuth, Gicht, Diabetes, Fettsucht, Herz- und Nierenkrankheiten. In all diesen Fällen ist die Diät und die Anregung des Stoffwechsels von grösserer Wichtigkeit als man gewöhnlich annimmt. Wenn dabei der Kliniker manchmal in etwas zu weitgehender Weise das Wort erhält, so wird dies der deutsche Leser gerne in den Kauf nehmen in Anbetracht der originellen und selbstständigen, in vielen Punkten von der Schulmeinung abweichenden Anschauungen des Verfassers. Selbstverständlich sind die aus den klinischen Indicationen sich ergebenden diätetischen Vorschriften schwankender und unsicherer als da, wo er sich auf physiologischem Gebiete bewegt. Allein auch da wo man seine Meinung nicht theilt, wird man den anregenden und von einem frischen, fortschrittlichen Geiste durchwehten Ausführungen des geistvollen Klinikers mit Interesse folgen und das Buch nicht ohne Nutzen und Befriedigung aus der Hand legen. Escherich.

Vereinswesen.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

(Originalbericht.)

Sitzung am 8. Juli 1889.

Herr Moeli: Ueber Befunde bei Erkrankung des Hinterhauptlappens.

Herr Moeli hat in 3 Fällen von Herderkrankung des Occipitalhirns interessante Beobachtungen über Mitaffection des N. opticus und des Thalamus resp. Corpus geniculatum gemacht. Zwei Fälle bei jugendlichen Individuen waren Porencephalien. Die Rinde des rechten Hinterhauptshirnes zeigte in dem ersten Falle zwar reichlich Kerne und kleine Zellen, aber gar keine Pyramidenzellen, keine Markstrahlung, keine Associationsfasern. Der gleichseitige Tractus opticus war stark atrophisch, ebenso der linke N. opticus, weniger der rechte. — Im zweiten Falle war die Rinde des linken Occipitalhirns papierdünn, liess aber doch noch einige gut gebildete Pyramidenzellen erkennen: es bestand gleichzeitig eine deutliche Atrophie des linken Tractus opticus, eine geringere des rechten, während dies sich bei den Sehnerven umgekehrt verhielt. — Im dritten Falle handelte es sich um zwei Erweichungsherde, von einer $2^1/_2$ Jahr vor dem Tode stattgehabten Apoplexie herstammend. Die rechte Hemisphäre zeigte in der Gegend des Gyrus angularis, die linke an der Basis des Occipitalhirns einen circumscripten Erweichungsherd. Beiderseits fand Moeli nun hier ganz bestimmte Degenerationen. Dieselben waren links stärker entwickelt als rechts. Es erstreckte sich nämlich aus der Gegend des Erweichungsherdes her eine Körnchenzellendegeneration nach vorn, trat am hinteren Ende der inneren Kapsel in scharf abgegrenzten Zügen auf, zog an der hinteren Fläche des Pulvinar Thalami optici — dicht unter der Oberfläche — in die Höhe und verstrich nach vorn hin; sie ging ferner auf bestimmte scharf abgesetzte Theile des Corpus geniculatum laterale über, und hatte hier zu einer Degeneration nicht nur des Grundgewebes, sondern auch der Ganglienzellen geführt. Beiderseits bestand eine zwar schwache, aber ganz deutliche Degeneration der Sehnerven.

Der Vortragende ist der Meinung, dass hier eine vom Hinterhauptshirn frei ausgehende secundäre Erkrankung bestimmter Bahnen, die zum N. opticus führen, nachgewiesen ist. Zwar wollten v. Gudden und Ganser lange von derartigen Beziehungen nichts wissen, aber die neueren Arbeiten von v. Monakow, ein Fall von Schmidt-Rimpler — Verletzung des Hinterhauptshirns mit nachträglicher Opticus-Atrophie — erweisen den Zusammenhang auch für den Menschen und zwar im Besonderen auch die Entwicklung solcher secundären Degeneration beim erwachsenen Menschen. Richter in Dalldorf konnte von einem Hinterhauptshirnherde aus eine Degeneration bis in's Corpus geniculatum verfolgen.

Hierauf demonstrirte Herr **Richter**-Dalldorf eine Anzahl interessanter Gypsausgüsse von Schädeln, über welche demnächst eine Arbeit in Virchow's Archiv erscheinen wird.

Naturhistorisch-medicinischer Verein zu Heidelberg.

Sitzung der medicinischen Section am 7. Mai 1889.

(Officielles Protokoll.[1])

Ueber Defectbildungen an den unteren und oberen Extremitäten.

Prof. **Erb** demonstrirt einen Fall von angeborenem Defect zweier Finger der linken Hand. Es handelte sich um einen 66jährigen Maurer (Ohlheiser), der, frei von allen sonstigen Missbildungen und Defecten und frei von jeder ähnlichen hereditären Belastung, an der linken Hand nur drei, im Uebrigen ganz wohlgebildete Finger (Daumen und zwei Finger) besass, die er wie jeder gesunde Mensch gebrauchen konnte, so dass er von einer Beeinträchtigung der Function seiner Hand nur wenig bemerkt hat. Dem äusseren Anschein nach handelte es sich hier um ein Fehlen des Zeigefingers und kleinen Fingers; die beiden restirenden Finger entsprechen in Form, Grösse und Stellung ziemlich genau dem Mittel- und Ringfinger der rechten Hand. — Soweit dies durch die Untersuchung am Lebenden, mit Bezug auf Nervenvertheilung, Muskel- und Sehnenansätze und Function, besonders mit Hilfe des faradischen Stromes festgestellt werden konnte, schien auch in der That diese Auffassung die richtige.

Die Untersuchung ergab: Daumen und Finger von ganz normalem Verhalten, der erstere zwei-, die letzteren dreigliederig, mit normalen Gelenk- und Hautfaltenbildungen, Nägeln u. s. w. Hand im Ganzen sehr schmal, ebenso das Handgelenk, dessen Configuration im Ganzen nicht abnorm erscheint. — In der Mittelhand finden sich ausser dem Metacarpus des Daumens nur zwei Metacarpalknochen von anscheinend normaler Beschaffenheit, vielleicht etwas dicker als normal. Vorderarm etwas schmächtiger als der rechte, sonst aber ganz normal.

In der Volarfläche der Hand sind die bekannten Furchen reducirt und vereinfacht. — Das Thenar ist gut und kräftig entwickelt, ebenso das Hypothenar. — Bewegungen der Finger, Ab- und Adduction, Extension, Opposition des Daumens etc. gehen in normaler Weise von Statten. Die Muskeln des Hypothenar bewegen den letzten Finger, gerade wie sonst den Kleinfinger. Es besteht ungewöhnlich grosse Beweglichkeit im Metacarpo-phalangealgelenk dieses Fingers.

Die zum Handgelenk und den Fingern, bezw. dem Daumen gehenden langen Vorderarmmuskeln scheinen an der Beuge-, wie Streckseite in normaler Weise erhalten und wirksam. Die Extensorensehnen der beiden Finger treten beim Strecken deutlich hervor.

[1]) Sep.-Abdr. a. d. Verhandlungen des Naturhist.-Med. Vereins in Heidelberg.

Die faradische Untersuchung ergibt: Die drei Hauptnervenstämme am Oberarm und Ellbogen vorhanden und leicht erregbar. — Auf der Extensorenseite die Mm. supin. long., extens. carp. rad. long. (?) und brevis, extens. digit. commun. und extens. carpi ulnaris, ebenso die langen Daumenmuskeln deutlich nachweisbar. — Reizt man den motorischen Punkt des Extens. digit. min. propr., so springt am Metacarpus sehr deutlich eine schmale Sehne hervor, welche sich an dem distalen Ende des letzten Metacarpalknochens inserirt und keine Bewegung des Fingers hervorbringt. Bei Reizung des motorischen Punktes für den Extens. indicis propr. sieht und fühlt man eine dünne Sehne hervorspringen, welche sich an der Radialseite des dem Daumen zunächst liegenden Metacarpalknochens inserirt und ebenfalls keine Bewegung des Fingers hervorbringt. Bei Reizung des motorischen Punktes für den Extens. digit. commun. springen nur die beiden Sehnen für die erhaltenen beiden Finger hervor; die beiden anderen, soeben erwähnten, Sehnen bleiben dabei unbewegt.

Die Reizung der Nerven ergibt auffallende Resultate: Bei Reizung des N. ulnaris oberhalb des Handgelenks (und am Ellbogen) entsteht excentrische Empfindung nur im letzten Finger und zwar in dessen ganzer Ausdehnung; zugleich contrahirt sich dabei das ganze Hypothenar und wie es scheint auch das ganze Thenar (entsprechende Bewegung des Daumens).

Bei Reizung des N. medianus oberhalb des Handgelenkes und am Ellbogen entsteht excentrische Sensation im Daumen und in dem ganzen ihm zunächst gelegenen Finger; dieselbe ist aber ganz ohne Einfluss auf die Muskeln des Thenar. — Die Vertheilung der Muskelzweige scheint also hier eine ganz anomale zu sein.

Redner weist auf einen ähnlichen, von Wenzel Gruber in Reichert's und Dubois-Reymond's Arch. 1863, p. 319, publicirten Fall hin, in welchen ebenfalls nur drei Finger an der linken Hand gefunden wurden, welche auf Grund der anatomischen Zergliederung als Daumen, Zeigefinger und Kleinfinger zu deuten waren. Nur eine genaue anatomische Untersuchung könnte erweisen, ob in unserem Fall die Deutung der restirenden Finger als Mittel- und Ringfinger wirklich die richtige ist. —

Dr. **Bessel Hagen** berichtete über eine Reihe von Defectbildungen an den Füssen, welche mit Verminderung der Zehenzahl wohl am häufigsten bei gleichzeitigem Mangel der Fibula, seltener bei fehlender Tibia und bei normal entwickelten Unterschenkelknochen zur Beobachtung gekommen waren.

Dass bei derartigen Missbildungen die Sehnen der zum Fusse herabtretenden Muskeln andere Insertionen erhalten und einzelne Muskelbäuche auch gänzlich in Fortfall kommen, hat der Vortragende an dem Präparate eines cölosomen Monstrums anatomisch festzustellen vermocht. An der einen Unterextremität besass der Fuss, welcher in Folge einer Defectbildung der Tibia eine fehlerhafte Stellung bekommen hatte, nur vier Zehen und zwischen zwei mittleren eine partielle Syndactylie. Von den Unterschenkelmuskeln fehlte der Musculus tibialis posticus ganz, während von den Endsehnen der übrigen mehrere ein abnormes Verhalten darboten, namentlich diejenige des Musculus flexor hallucis longus sich an die Unterfläche des Calcaneus ansetzte. Was Prof. Erb bereits betont hat, dass das äussere Bild analoger Anomalien bei den Defectbildungen der Hand nicht ohne Weiteres als massgebend für die Deutung der zur Entwickelung gelangten Finger anerkannt werden dürfte, das bestätigten auch die äusseren Formen dieses missbildeten Fusses. Denn dem äusseren Anscheine nach hatte man sehr gut die am meisten tibial gelegene Zehe für die erste halten können; und dieses um so mehr, als sie von der nächstfolgenden Zehe durch einen ziemlich breiten Zwischenraum getrennt war. Allein die fragliche Zehe setzte sich aus drei Phalangen zusammen und erwies sich somit als zweite Zehe, was ja auch bei dem Vorhandensein des Tibiadefectes schon von vorneherein erwartet werden konnte.

Im Anschluss hieran stellte der Vortragende noch einen Knaben vor, welcher eine Scheerenbildung an der linken, stark verkümmerten Hand aufzuweisen hatte. In der Familie des im Uebrigen kräftig und wohlausgebildeten Knaben war nichts Aehnliches beobachtet worden. An Länge und Stärke waren die beiden Arme verschieden, der linke ziemlich beträchtlich zurückgeblieben. Besonders war der linke Vorderarm schwächer und kürzer als der rechte, in der Handgelenkgegend sehr viel schmächtiger und, soweit es abgetastet werden konnte, auch mit dünneren Knochen versehen. Schulter-, Ellenbogen- und Radiocarpalgelenk waren frei beweglich und zeigten keinerlei Anomalien. Was die Deformität der linken Hand anbelangt, so setzte sich die schmale Handwurzel auf der radialen und ulnaren Seite unmittelbar in je einen kurzen, conisch geformten Stumpf fort, welcher am vorderen Ende das Rudiment eines Fingers trug. In der Handwurzel, deren Schmalheit namentlich durch eine schwächere Entwickelung des Daumenballens bedingt zu sein schien, vermochte man einzelne Knochen der beiden Carpalreihen gegen einander zu bewegen. Von den Metacarpalknochen fehlten offenbar die mittleren gänzlich, während der erste und der fünfte die knöcherne Grundlage der vorerwähnten Stümpfe bildeten. An ihrem proximalen, mit dem Carpus articulirenden Ende ziemlich dick und mächtig entwickelt, verjüngten sie sich stark gegen das distale Ende hin, welches nur eine äusserst dünne, gleichmässig abgerundete Kuppe besass. Der ulnare Scheerentheil, von dem Processus styloideus ulnae an 5 cm lang, um 2 cm kürzer als die Distanz der Ulna vom fünften Metacarpo-phalangealgelenk rechterseits (im Alter von 12 Jahren gemessen), trug an seiner Radialseite, etwas von dem vorderem spitzig zulaufenden Ende entfernt, das Rudiment des fünften Fingers als einen kleinen, etwa erbsengrossen, an seiner Basis durch einen scharf einschnürenden Ring von den übrigen Theilen des Stumpfes abgesetzten Appendix nebst einem kleinen, stark gekrümmten und ähnlich wie bei der Onychogryphosis verdickten Nagel. Dieses Fingerrudiment ohne jeglichen knöchernen Inhalt wurde bei den Bewegungen der Scheere ein wenig in die Haut der Nachbarschaft eingezogen. An den radialen Scheerentheil, der um $^1/_2$ cm länger als der ulnare war, fand sich hinter der Spitze ein Rudiment des Daumens in rechtem Winkel derart angesetzt, dass dasselbe dem kleinen Finger zugekehrt war. Es enthielt ein kleines Knochenstückchen, war aber vollkommen schlottrig mit der Ulnarseite des Metacarpale verbunden und diente offenbar nicht zur Insertion der Daumenmuskeln. Diese setzten sich vielmehr ausnahmslos an das Metacarpale an, so dass die abgebogene Daumenspitze zwar passiv nach allen Richtungen hin mehr oder weniger stark beweglich war, activ aber nicht bewegt werden konnte. Der Nagel des Daumens zeigte sich ebenso wie der des fünften Fingers stark verdickt und gekrümmt. Dass an der Volarseite der Hand entsprechend der Deformität auch Verlauf und Zeichnung der Hautfalten ein abnormes Verhalten darboten, versteht sich von selbst. Interessant war es zu sehen, mit welchem Geschick der Knabe seinen linken Arm gebraucht. Da die Hautbedeckung des radialen Scheerentheiles eine ziemlich straffe ist und nur eine geringe Streckung des Winkels zwischen dem Daumenrudiment und dem proximalen Stück der Scheere gestattet, so kann der Knabe diese ähnlich wie einen Hacken zum Festhalten benutzen. Ausserdem aber ist er auch im Stande, den radialen Scheerentheil zu adduciren, abduciren und, wenn auch in etwas geringeren Grade, zu opponiren und vermag deshalb auch breitere Gegenstände mit seiner Scheere zu umfassen und in ausreichender Weise festzuhalten. Mit grosser Geschwindigkeit und Sicherheit verfährt er beispielsweise bei dem Auf und Zuschnüren seiner Schuhe.

In einem anderen Falle von Scheerenbildung, welcher in Heidelberg zur Beobachtung kam, war gleichzeitig eine congenitale Ankylose des Ellenbogengelenkes vorhanden, dieses also überhaupt nicht zur Ausbildung gelangt.

Gesellschaft für Morphologie und Physiologie zu München.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 21. Mai 1889.

Privatdocent Dr. **Rückert** berichtet über die Resultate einer unter seiner Leitung im anatomischen Institut von Hrn.

cand. med. **Mollier** ausgeführten Untersuchung **über die Entstehung des Vornierensystems bei Triton, Rana und Bufo.**

Die Vorniere entsteht als eine solide Verdickung des parietalen Mesoblast, welche mit den ventralen Enden der Somiten zusammenhängt. Sobald der Wulst seinen vollen Umfang erreicht hat, und in ihm die ersten Spuren eines Lumens auftreten, wird seine Structur deutlich: man erkennt alsdann, dass er, wie bei Selachiern, aus einer Anzahl segmentaler Abschnitte sich aufbaut, deren jeder gesondert in die Leibeshöhle mündet und einem Trichterabschnitt entspricht. Die Einmündung des Trichters findet in das ventrale (genauer ventro-laterale) Ende der Urwirbelhöhle statt, da, wo die letztere in die Peritonealhöhle übergeht, und es erscheint das zugehörige Vornierensegment wie eine vom ventralen Ende des Somiten ausgehende Ausstülpung. Diese Divertikel convergiren gegen ihr peripheres Ende zu. Bei Triton alpestris wurde ein Stadium gefunden, in welchem dieselben schon deutliche Lumina besitzen, aber noch blindsackartig gegen einander abgeschlossen sind. Erst nachträglich fliessen dieselben an ihrem peripheren Ende zu einem gemeinschaftlichen Canalstück zusammen. Die Fortsetzung des letzteren stellt den von Fürbringer als »ventralen Theil der Vorniere« bezeichneten Canal dar, welcher sich frühzeitig in proximaler und ventraler Richtung zu einer Schleife windet. Dieses Canalstück differenzirt sich aus einem kleineren ventro-lateralen Abschnitt des soliden Vornierenwulstes heraus. Es schnürt sich von der gemeinsamen Vornierenanlage ab, bis auf sein vorderes Ende, welches bei Triton alpestris mit der Vereinigungsstelle der beiden hier vorhandenen Vornierensegmente verbunden bleibt. An einer Serie von Triton, an welcher die Lumina der beiden Vornierendivertikel noch getrennt waren, communicirte das vordere derselben mit dem schleifenförmigen Canalstück. — Der Ectoblast betheiligt sich bei den untersuchten Amphibien activ nicht an dem Aufbau der Vorniere.

Von dem Vornierengang entsteht ein vorderer, über zwei Somiten sich erstreckender Abschnitt aus dem in seinem Bereiche gelegenen parietalen Mesoblast. Der Ursprung des übrigen (hinteren) Abschnittes des Vornierenganges bietet wegen des geringen Volumens, welches derselbe bei seiner Entstehung besitzt, einer Untersuchung grosse Schwierigkeiten. Es konnte nicht mit Sicherheit entschieden werden, ob das jeweilige in Entstehung begriffene hintere Ende des Ganges, welches nur aus einigen wenigen Zellen besteht, mit dem parietalen Mesoblast zusammenhängt oder ihm nur dicht anliegt. Eine Verschmelzung des hinteren Endes mit dem Ectoblast, wie solche in überaus klarer Weise bei Selachiern zu constatiren ist, liess sich bei den untersuchten Amphibien bis jetzt trotz vieler darauf verwendete Mühe nicht feststellen.

Sitzung vom 4. Juni 1889.

Dr. **Hans Schmaus: Zur pathologischen Anatomie der Tabes dorsalis.**

Beschreibung eines Falles und Demonstration der Schnitte eines Falles von Tabes dorsalis, bei welchem sich neben der typischen, hochgradigen Degeneration der Hinterstränge noch eine solche eines Theils der Seitenstränge vorfand.

Die klinische Untersuchung hatte eine atypische Tabes, die besonders mit motorischen Lähmungserscheinungen, und einer eigenthümlichen Art von Mitbewegung complicirt war, ergeben (»Ueber eine eigenthümliche Erscheinung (Mitbewegung) bei Tabes dorsalis von Dr. Stintzing, Centralblatt für Nervenheilkunde, 1886 Nr. 3).

Die mikroskopische Untersuchung des Rückenmarks ergab im ganzen Verlauf der Seitenstränge je ein, in ihrem hinteren Theile gelegenes Degenerationsfeld, das im Hals und Brustmark im Allgemeinen die Form eines Dreiecks hatte, im Lendenmark leicht halbmondförmig gekrümmt war. Mit Ausnahme des im Lendenmark liegenden Bezirkes, erreichte die Degeneration überall die Peripherie des Rückenmarks. Die Degeneration ist am stärksten im Brustmark, und nimmt nach oben und unten zu an Intensität ab.

Die Degeneration nimmt nicht ganz die Hälfte des Rayons der Pyramidenseitenstrangbahn ein, hält sich an deren Grenze medianwärts, — gegen die graue Substanz zu, — bleibt hinter derselben zurück in der Richtung nach vorne, überschreitet sie jedoch gegen die Peripherie des Rückenmarks zu, so dass die hintere Hälfte der Kleinhirnbahn mit einbezogen wird.

Die Untersuchung ergibt ferner in den Hintersträngen ausgebildetes fibrilläres Narbengewebe mit zahlreichen, deutlichen Spindelzellen, Fettkörnchenzellen und Corpora amylacea. Die Degenerationsfelder der Seitenstränge ergaben nur in der Nähe der medialen Grenze ein solches Bild, während nach aussen zu — ungefähr von der Mitte des Degenerationsfeldes angefangen — das fibrilläre Narbengewebe allmählich in Neuroglia überging, und statt der Spindelzellen nur mehr Neurogliazellen auftraten. In den peripherstenTheilen zeigten sich vereinzelte atrophische Markfasern.

Es ist daraus ein höheres Alter der Erkrankung in den Hintersträngen und den medialen Partieen der seitlichen Degenerationsfelder zu schliessen, von welch letzteren aus die Degeneration nach aussen zu, und schliesslich auch auf die Kleinhirnbahn übergreift.

Diesem Verhalten zufolge ist die Erkrankung der Pyramidenseitenstrangbahn als Systemerkrankung aufzufassen, in dem Sinn, dass der medial gelegene Theil derselben im mittleren Brustmark zuerst ergriffen wird, während die Erkrankung der Kleinhirnbahn durch ein Fortschreiten per contiguitatem zu Stande kommt. Es liegt also eine Combination von primärer Systemerkrankung mit Erkrankung per contiguitatem vor.

(Der Vortrag wird in Ziemssen's »deutschem Archiv für klinische Mediciu« veröffentlicht werden.)

62. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte

zu Heidelberg vom 17.—23. September 1889.

Vorläufige Tagesordnung.

Dienstag, 17. September. Abends. Empfang und gegenseitige Begrüssung der Gäste im Museum.

Mittwoch, 18. September. Morgens. I. Allgemeine Sitzung: Eröffnung der Versammlung, Vorträge, Einführung und Bildung der Abtheilungen. Abends Concert im Stadtgarten.

Donnerstag, 19. September. Sitzungen der Abtheilungen. 4 Uhr Festessen im grossen Saale des Museums.

Freitag, 20. September. Morgens. II. Allgemeine Sitzung: Vorträge, Berathung des vom Vorstande ausgearbeiteten Statutenentwurfs; Wahl des neuen Vorstandes, des nächsten Versammlungsortes, der Geschäftsführer. Abends Fest auf dem Schloss.

Samstag, 21. September. Sitzungen der Abtheilungen.

Sonntag, 22. September. Ausflüge in die Umgebung Heidelbergs.

Montag, 23. September. Morgens. III. Allgemeine Sitzung: Vorträge, Schluss der Versammlung. Abends. Schlossbeleuchtung.

Ein Empfangs- und Auskunftsbureau wird am 16. September eröffnet im Bayerischen Hof, Rohrbacherstrasse 2. Anmeldungen für Privatwohnungen nimmt der Schriftführer des Wohnungscomités Herr Rathschreiber Webel (Rathhaus, Heidelberg) entgegen.

Verschiedenes.

(Stand und Verhältnisse des Pensions-Vereins für Wittwen und Waisen bayerischer Aerzte.) Der Rechenschaftsbericht über die Verwaltung des ärztlichen Pensions-Vereins im 36. Verwaltungsjahre pro 1888 ist soeben im Druck erschienen und an die Mitglieder versendet worden. Derselbe gibt im Ganzen ein befriedigendes Bild von dem ältesten der ärztlichen Unterstützungsvereine in Bayern und weist sehr erfreuliche Rechnungsergebnisse auf. Zur Zeit zählt der Verein 496 ordentliche Mitglieder, d. h. solche, deren Angehörige satzungsgemäss Anspruch auf eine Pension haben, d. i. eine lebenslänglich und pränumerando zu leistende jährliche Gelduuterstützung von 240 M. an die hinterlassene Wittwe und von 48 M. beziehungsweise 78 M. an jede minderjährige Waise oder Doppelwaise. Ein Verein, welcher auf diese Weise im Laufe eines Jahres (1888) die

beträchtliche Summe von 61,420 M. verausgaben konnte, verdient von Seite der Collegen nicht bloss die vollste Würdigung und Beachtung, sondern auch die kräftigste Unterstützung. Wurden doch im Ganzen 499 ärztliche Relicten damit unterstützt, und zwar 232 Wittwen, 164 einfache und 13 Doppelwaisen, gar mancher Kummer dadurch gestillt und manche Thräne getrocknet.

Seit der ersten Pensions-Auszahlung im Jahre 1854 hat der Pensions-Verein die Summe von 915,000 M., also jetzt bald eine Million an die Hinterlassenen von Aerzten baar ausbezahlt, eine Leistung, deren sich wohl kein anderer Aerzteverein in ganz Deutschland rühmen kann. Dazu kommt noch eine Summe von 32,786 M., welche extra zur Zahlung von Eintrittscapitalien und Jahresbeiträgen für unbemittelte Aerzte seit jener Zeit von der Vereinscassa ausbezahlt worden ist.

Das Gesammtvermögen des Pensions-Vereins beträgt gegenwärtig 1,144,012 M. 90 Pf., wovon die Summe 294,342 M. auf den Stockfonds trifft. Im Laufe des verflossenen Jahres sind dem Vereine 23 ordentliche Mitglieder beigetreten, eine verschwindend kleine Zahl im Gegensatz zu den 1500 bayerischen Aerzten, welche demselben noch nicht angehören. Auch das Jahr 1889 brachte bisher keinen grösseren Zuwachs, da im I. Semester nur 15 Zugänge zu verzeichnen sind, ein deutliches Zeichen, dass die grosse Mehrzahl der Collegen entweder die edlen humanen Zwecke und Bestrebungen des Pensions-Vereins gar nicht kennt und erfasst hat, oder sich überhaupt in diesem Punkte ganz gleichgültig und theilnahmslos verhält, oder endlich durch die Aufnahme in irgend eine Lebensversicherungs-Anstalt sich und die Ihrigen schon wohl geborgen wähnt. Und doch hören und lesen wir so häufig laute Klagen über die Nothlage des ärztlichen Standes und seiner Angehörigen, und doch bedenken die Wenigsten, dass sie selbst mit Schuld daran tragen und dass die Ursachen dieser allgemeinen ärztlichen Misère grossentheils in der berührten Unkenntniss, Indolenz und Selbstgenügsamkeit der Collegen begründet sind. Statt 500 Mitglieder könnte und sollte unser Pensions-Verein 1500 zählen und wäre dann auch im Stande, das zweifache und noch mehr der jetzigen Pensionsquote zu verabreichen. Auch hier gilt der Wahlspruch »Viribus unitis«, der wie im politischen, so auch im socialen und speciell im Vereinsleben bekanntlich so Grosses hervorbringt. Die Vortheile, welche der Pensions-Verein den Hinterbliebenen bietet, namentlich im Vergleich zu der Geringfügigkeit der Leistungen der einzelnen Mitglieder, liegen für Jedermann klar zu Tage. Unter den 252 Pension beziehenden Wittwen befanden sich 46 im Alter von 72—84 Jahren! Welche unaussprechliche Wohlthat ist unser Verein für diese Greisinnen, eine Wohlthat, deren sie bereits 30 und 36 Jahre lang theilhaftig waren und auch sicher bis an ihr Lebensende sind. Keine Lebensversicherungs-Anstalt kann es in dieser Beziehung mit unserem Pensions-Vereine aufnehmen, was noch Viele der Standesgenossen bezweifeln. Ein eclatanter und, wir möchten sagen, überzeugender Fall ereignete sich erst in diesem Jahre. Ein Collega X. war im Januar 1882 als ordentliches Mitglied mit 7 Kindern dem Vereine beigetreten, wurde 1884 Wittwer, heirathete 1885 wieder und trat sofort zum zweiten Male ein. Derselbe starb nun im März l. J. mit Hinterlassung einer 38jährigen Wittwe und 2 Kindern. Letztere Drei erhalten den Satzungen gemäss die volle Pension mit jährlich 336 M. und ebenso die 7 Doppelwaisen aus erster Ehe mit jährlich 504 M., die Familie zusammen also 840 M. Pension, während der verstorbene Collega nur 6 Jahre hindurch dem Vereine angehört und während seiner Mitgliedschaft Alles in Allem bloss 960 M. an Eintrittscapitalien und Jahresbeiträgen an die Vereinscassa geleistet hat. Da das älteste Kind erst 16 Lebensjahre zählt, so bezieht die Wittwe in den nächsten 5 Jahren 4200 M. Pension!! So Etwas kann keine Lebensversicherungs-Anstalt bieten, ein Punkt, der von unseren Collegen viel zu wenig gewürdigt oder ganz übersehen wird.

Wohlan denn, Ihr jüngeren Collegen, beweiset dem Vereine, der durch einen 36jährigen Bestand seine Lebenskraft bewährt hat, durch die That Euer Wohlwollen, Eure Theilnahme, indem Ihr Euch bestrebet, gleich bei Eurer Verheirathung beizutreten: der frühzeitige Eintritt erfordert die geringsten Opfer und diese gelten lediglich dem Wohle und der Zukunft Eurer Angehörigen. Der Geschäftsführer des Vereins, Herr Dr. Martius in München, ist gerne zu jeder weiteren Aufklärung bereit und versendet auf Wunsch auch die Statuten und Jahresberichte.

(Frequenz der Schweizer medicinischen Facultäten) im Sommersemester 1889: Basel 109 (114), Bern 251 (227), Genf 189 (141), Lausanne 35 (33), Zürich 288 (261). Gesammtsumme der Medicinstudirenden in der Schweiz im laufenden Semester: 872 (852). Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Frequenz im Sommersemester 1888. (Vergl. Nr. 6, 1889 d. W.)

(Zur Diagnose des Aneurysma der Aorta descendens.) Herr cand. med. Ferdinand Schnell in München ersucht uns, des nachfolgenden Verfahrens, das er für die Diagnose des Aneurysma aortae descend. für verwerthbar hält, in diesem Blatte Erwähnung zu thun: »Eine Gummiröhre (etwa von der Dicke einer mittleren Schlundsonde), welche an ihrem unteren Ende sich verjüngt und geschlossen, an ihrem oberen Ende mit einer Glasröhre versehen und bis in diese hinauf mit gefärbter Flüssigkeit gefüllt ist, wird wie eine Schlundsonde in den Oesophagus eingeführt. Ist obiges Aneurysma vorhanden, so werden sich dessen Pulsationen in den Niveauschwankungen der Flüssigkeit äussern. Es lässt sich auf diese Weise auch genau der Sitz eines solchen feststellen und seine Pulsationen lassen sich graphisch darstellen. Der Name dieser Einrichtung wäre entsprechend Aneurysmatoscop.«

Therapeutische Notizen.

(Behandlung des Typhus abdom. mit Darminfusion von Tanninlösung.) Die günstigen Erfolge, die Prof. Cantani bei der Behandlung der Cholera mit Infusion von Tanninlösung erreichte, gab Mosler-Greifswald die Veranlassung, dieses Mittel auch bei Typhus zu versuchen, da die wichtigsten von Cantani für diese Behandlung aufgestellten Indicationen, Beschränkung der Bacillenvermehrung und Unschädlichmachung der Ptomaine, hier in gleicher Weise in Betracht kommen. Mosler lässt eine Tanninlösung von anfangs 2 g auf 2 l Wasser, später bis zu 10 g auf das gleiche Quantum Wasser bei Körpertemperatur zweimal täglich in Rückenlage des Patienten so infundiren, dass die Lösung langsam und mit Unterbrechungen einfliesst: auf diese Weise wird die plötzliche Ausdehnung des Darmes vermieden und die Flüssigkeit dringt weiter im Darm vor. Aus der von Dr. Backhaus in Nr. 29 der D. med. W. veröffentlichten Casuistik der Behandlung geht hervor, dass die Fiebercurve durch die Infusionen nicht beeinflusst wird, dass aber die so schwächenden profusen Durchfälle ganz verschwinden oder wesentlich beschränkt werden; es erklärt sich dies durch die günstige Beeinflussung des gleichzeitig bestehenden Darmcatarrhs.

(Behandlung der Furunkel.) Die schon mehrfach empfohlene Abortivbehandlung des Furunkels mittels parenchymatöser Injection von Carbolsäure wurde von Stabsarzt Dr. Leu in Halberstadt bei einer grösseren Anzahl von Fällen mit sehr günstigem Erfolge angewendet (D. militärärztl. Z. H. 7). Das Verfahren besteht darin, dass 1—2 cm neben dem Centrum des Furunkels der Einstich erfolgt, und die Canüle schräg nach der Mitte zu in die Tiefe bis in den centralen Eiterherd eingeführt wird. Ganz langsam wird nun bei kleineren Furunkeln etwa der halbe Spritzeninhalt, bei grösseren die zweite Hälfte des Inhalts in derselben Weise von der entgegengesetzten Seite in den Furunkel eingespritzt. Bei den grössten, handtellergrossen, schon mehr phlegmonösen Furunkeln genügt die Injection von vier halben oder ganzen Spritzen, welche von verschiedenen Stellen aus in den Furunkel eingespritzt werden, zur Erzielung einer schnellen Heilung. Die verwendete Lösung war 2—3 proc. Am geeignetsten für die Behandlung sind in der Entstehung begriffene, noch nicht in Eiterung übergegangene Furunkel.

(Antifebrin bei Angina tonsillaris.) Dr. W. Sahli (Bern) nahm am Abend des 2. Tages einer heftigen Angina 0,5 g Antifebrin und sah nach ¼ Stunde Kopfweh, Schluck- und Kaubeschwerden vollständig schwinden. Auch am anderen Morgen, Mittag und Abend liess sich der wieder aufgetretene Schmerz leicht durch 0,5 g Antifebrin beseitigen und so fort, bis die Angina in der gewöhnlichen Zeit geheilt war. Weiter bewährte sich das Mittel bei etwa 12 Fällen von gewöhnlicher Angina, ferner bei einer Scharlachdiphtherie, an welcher Sahli später erkrankte. Auch hier leisteten täglich 0,25 g Antifebrin vortreffliche Dienste. Vor Allem beseitigt es den unangenehmen Schmerz bei Bewegungen der oberen Halsorgane, wodurch man Kinder leichter zum Gurgeln anhalten kann, auch die Nahrungsaufnahme wird sehr erleichtert. Ein Specificum gegen Angina oder Diphtherie ist Antifebrin nicht, der Krankheitsprocess wird davon nicht wesentlich beeinflusst. Sahli gibt das Mittel als Schüttelmixtur mit Spirituszusatz und einem Syrup; so nehmen es auch Kinder gern. Er hat trotz vielfacher Anwendung des Antifebrin nie unangenehme Nebenwirkungen davon gesehen, während er das Antipyrin wegen seiner unberechenbaren Wirkungsweise fast gar nicht mehr gibt.

(Schweiz. Corresp.-Bl. Nr. 12, 1889.)

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 25. Juli. Der II. Oberbayerische Aerztetag, der am 20. ds. in den schönen Räumen der Restauration Isarlust dahier abgehalten wurde, ist programmmässig verlaufen und war nach jeder Richtung hin vom schönstem Erfolge begleitet. Die zum grössten Theile von hervorragenden Professoren der med. Facultät gehaltenen Vorträge boten eine Fülle wissenschaftlicher Anregung, während das sich daranschliessende gemeinschaftliche Mahl zu ungezwungenem

heiterem collegialem Verkehr Gelegenheit bot. Die Zahl der erschienenen Collegen betrug 197, darunter sehr viele auswärtige. Die Versammlung beschloss, auch im nächsten Jahre einen oberbayerischen Aerztetag, und zwar abermals in München, abzuhalten, mit dessen Vorbereitung wiederum der hiesige ärztliche Bezirksverein betraut wurde. Dem verdienten Arrangeur der Versammlung und umsichtigen Leiter der Verhandlungen, Med. Rath Dr. Aub, wurde wiederholt der Dank der Collegen zum Ausdruck gebracht. Ueber den wissenschaftlichen Theil des Aerztetages wird demnächst eingehend berichtet werden.

— Die Delegirten-Versammlung der Centralhilfskasse für die Aerzte Deutschlands wählte an Stelle des verstorbenen Geh. R. Abarbanell Herrn Geh R. Leyden zum Vorsitzenden des Aufsichtsrathes. Das Vermögen der Casse beträgt der vorgelegten Bilanz zufolge 157165 M. 81 Pf. Die derselben im vergangenen Jahre zugefallene Erbschaft beziffert sich nach den bisherigen Feststellungen auf 858179 M. 20 Pf., wovon 110000 M. zu zahlende Legate abgehen.

— Der Königlich sächsische Geheime Medicinalrath und Referent im Ministerium des Innern, Dr. Lehmann zu Dresden, wurde zum ausserordentlichen Mitgliede des Gesundheitsamtes auf die Zeit bis zum Ablaufe des Jahres 1891 berufen.

— Vor einigen Jahren wurde im Staate New-York eine Bestimmung in's Strafgesetzbuch aufgenommen, derzufolge Selbstmordversuch mit Gefängniss bis zu 2 Jahren oder mit Geldstrafe bis zu 1000 Dollar, oder mit beidem, bestraft wird. Diese Bestimmung hat eine Abnahme der Häufigkeit der Selbstmorde zur Folge gehabt Es ist dies wohl so zu erklären, dass Viele nicht in der festen Absicht sich das Leben zu nehmen, sondern um Mitleid zu erwecken und aus anderen ähnlichen Gründen zum Selbstmordversuch schreiten, der dann nur allzu häufig unbeabsichtigt zum tödtlichen Ausgang führt. Solche mögen durch die genannten Strafbestimmungen vom Suicidium, resp. vom Versuch desselben, zurückgehalten werden. Hierfür spricht auch, dass die Abnahme des Selbstmordes hauptsächlich Frauen betrifft. Auch in England wird Selbstmordversuch bestraft.

— Von deutschen Städten über 40,000 Einwohnern hatte in der 27. Jahreswoche vom 30. Juni bis 6. Juli die geringste Sterblichkeit Münster mit 16,7, die grösste Sterblichkeit Charlottenburg mit 53,1 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner.

— Staatlich gepflogenen Erhebungen zufolge ist die weitaus häufigste Ursache der Blindheit in Grossbritannien die Ophthalmoblenorrhoea neonatorum; 7000 Personen im vereinigten Königreich und 30 Proc. sämmtlicher Insassen der Blindenhäuser sind auf diese Weise erblindet.

(Universitäts-Nachrichten.) **Freiburg**. Zum Prosector für die menschlich-anatomische Abtheilung am hiesigen anatomischen Institute ist der bisherige Assistent Dr. Heinrich Riese, zum Prosector für die vergleichend-anatomische Abtheilung Dr. Franz Keibel, Assistent am anatomischen Institute zu Strassburg, ernannt worden.

(Todesfall.) Der rühmlichst bekannte Specialist für Hirnkrankheiten, Dr. Charles Elam, ist in London im 66. Lebensjahre gestorben.

Amtlicher Erlass.

An sämmtliche k. Regierungen, Kammern des Innern.

Die Verhandlungen der Aerztekammern für das Jahr 1888 betr.

K. B. Staatministerium des Innnern.

Auf die im Jahre 1888 stattgehabten Verhandlungen der Aerztekammern ergeht nach Einvernahme des k. Obermedicinalausschusses nachstehende Verbescheidung mit dem Auftrage, je zwei Exemplare der beifolgenden vier Abdrücke gegenwärtiger Entschliessung dem Vorsitzenden der Aerztekammer behufs Kenntnissnahme und entsprechender Verständigung der ärztlichen Bezirksvereine zuzustellen.

Hinsichtlich der von den Aerztekammern und in der Sitzung des verstärkten Obermedicinalausschusses am 29. November vor. Jrs. berathenen Einführung einer allgemeinen Morbiditätsstatistik der Infectionskrankheiten durch freiwillige Erhebung von Seiten der ärztlichen Bezirksvereine nach einem gemeinsamen Formulare ist die erfreuliche Thatsache zu constatiren, dass die betreffenden Erhebungen im Sinne der Beschlüsse des verstärkten Obermedicinalausschusses seit Beginn des laufenden Jahres mit Erfolg gepflogen werden. Mehr als die Hälfte sämmtlicher bayerischer Aerzte betheiligen sich an dieser Arbeit und bei der bisherigen regen Mitwirkung der Bezirksvereine steht zu erhoffen, dass die Zahl der Mitarbeiter sich nach dem Vorgange in den grössten Städten des Königreichs allmählich steigern wird. Die Veröffentlichungen geschehen von Monat zu Monat in der Münchener Medicinischen Wochenschrift — vergl. Nr. 22, 24 und 27 dieses Jahrganges — und es gereicht zur Befriedigung, bestätigen zu können, dass die bei Beginn der Erhebungen vorhandenen Lücken sich zusehends vermindern, so dass der Werth der Mittheilungen im Verhältnisse zu ihrem Inhalte und zu ihrer Zuverlässigkeit sich heben wird. Bei der ausserordentlichen Wichtigkeit dieser ziffermässigen Erhebungen für eine zukünftige fürsorgliche Gesundheitspflege, sowie für die Auffindung der zur Verhütung der Weiterverbreitung ansteckender Krankheiten maassgebenden Gesichtspunkte werden die Aerztekammern und die Vereinsleitungen nicht verfehlen, behufs Ergänzung des noch fehlenden Materiales thunlichst viele Aerzte zur Mitwirkung beizuziehen.

Anlangend die Beschlüsse des verstärkten Obermedicinalausschusses, welche gemäss der auf Anregung des k. Staatsministeriums des Innern erfolgten Verhandlungen der Aerztekammern im Betreffe der obligatorischen Einführung eines bestimmten antiseptischen Mittels bei Ausübung des Hebammenberufes gefasst wurden, so ist zu bemerken, dass von Seite der Vertreter des Faches der Geburtshilfe und der Gynäkologie an den drei Landesuniversitäten neue diesbezügliche Vorschläge in Aussicht stehen, welche, wenn rechtzeitig in Vorlage gebracht, den verstärkten Obermedicinalausschuss in der diesjährigen Plenarsitzung zu beschäftigen haben werden.

Bezüglich der vom verstärkten Obermedicinalausschusse gleichfalls beantragten Berathung gesetzlicher Strafbestimmungen zur Ahndung aller Zuwiderhandlungen, einschliesslich der Unterlassungen, der Hebammen gegen die Bekanntmachung vom 3. December 1875, die Instruction für die Hebammen betreffend — Gesetz- und Verordnungsblatt S. 757 — bleibt entspreche Einleitung vorbehalten, dessgleichen behufs Revision der Gebührenordnung für die Verrichtungen der Hebammen — Ziff. IV der Königl. Allerhöchsten Verordnung vom 28. October 1886, die Medicinaltaxordnung betreffend — Regierungsblatt Seite 1829 und 1830.

Im Einzelnen ergeht auf die Verhandlungen der Aerztekammern im Jahre 1888 Nachstehendes zur Entschliessung.

Oberbayern.

1) Dem Antrage, die Allerhöchste churfürstliche Verordnung vom 28. October 1803 in Ziff. 2 Abs. 2, die Bestimmung und Besoldung der Landgerichtsärzte betreffend — Churbayerisches Regierungsblatt S. 913 — ausser Wirksamkeit zu setzen beziehungsweise dahin abzuändern, dass Arme von den Amtsärzten nur dann unentgeltlich zu behandeln sind, wenn eine anderweitige ärztliche Hilfe am Wohnsitze des Amtsarztes oder in einer dem Kranken noch näher gelegenen Gemeinde nicht zu beschaffen ist, sowie dass für unverschiebbare, schwere Operationen und künstliche Entbindungen bei Armen die Amtsärzte von der betreffenden Heimathsgemeinde die niedrigsten Ansätze der Medicinaltaxordnung zu beanspruchen seien: kann im Hinblick auf die seit dem Vorjahr — Ministerialentschliessung vom 10. Juli 1888, die Verhandlungen der Aerztekammern im Jahre 1887 betreffend, Münchener Medicinische Wochenschrift S. 494 — im Wesentlichen nicht veränderte Sachlage zur Zeit eine Folge nicht gegeben werden. Es steht indess zu erwarten, dass mit der immer mehr sich ausbildenden Einrichtung der Armenärzte und des Krankencassenwesens die Fälle, in welchen eine anderweitige ärztliche Hilfe, als die des Amtsarztes nicht zu erreichen ist, aufhören, vorzukommen. Inzwischen aber ist für die jetzt schon ausserordentlich selten sich ereignenden Fälle dieser Art, durch Bereitstellung amtsärztlicher Hilfeleistung noch Fürsorge zu beschaffen.

2) Der Resolution, betreffend die Ausrüstung der Verbandkasten der Berufsgenossenschaften mit Sublimatpastillen, ist durch Ministerial-Entschliessung vom 22. October 1888 Nr. 11,804, betreffend die Abgabe und Verwendung von Sublimat bei Verwundungen und Unfällen, sowie durch die Bekanntmachung vom 24. Mai 1889, die Abgabe von Rotter'schen Pastillen im Handverkaufe der Apotheken betr. — Gesetz- und Verordnungsblatt S. 357 — die entsprechende Berücksichtigung zugewandt worden.

Niederbayern.

Der Antrag auf Abänderung der Ministerialentschliessung vom 16. Januar 1867, die Gesundheitspflege in den Schulen betreffend, in Ziffer I. 1. d — »räumliche Ausmaasse der Schullocalität« — wird bei einer künftigen Revision dieser Entschliessung in Erwägung genommen werden.

Pfalz.

Den von der Aerztekammer hinsichtlich der Revision der Gebührenordnung für Hebammen ausgesprochenen Wünschen, wird entsprechende Berücksichtigung zugewendet werden.

Oberpfalz und Regensburg.

1) Dem Antrage auf Wiederbesetzung der eingezogenen Bezirksarztesstellen II. Classe kann eine Berücksichtigung nicht zugesagt werden, da in den meisten Fällen dienstliche Gründe für die Nothwendigkeit solcher Wiederbesetzungen nach Einvernahme der Districtspolizeibehörden und der Kreisregierungen, Kammern des Innern, nicht bestehen. Es hat sich die nunmehr über das ganze Königreich ausgebreitete Einrichtung der bezirksärztlichen Stellvertretung in Gemässheit der §§ 7 und 8 der Königl. Allerhöchsten Verordnung vom 3. September 1879, den ärztlichen Dienst bei den Gerichts- und Verwaltungsbehörden betr., — Gesetz- und Verordnungsblatt S. 1081 ff. — sowohl

in Hinsicht des amtsärztlichen Dienstes als auch der Fürsorge für den Bedarf an ärztlicher Hilfe als entsprechend und in der Mehrzahl der Fälle auch als ausreichend bewährt. Dabei obliegt es dem k. Staatsministerium des Innern, in jedem einzelnen Erledigungsfalle alle besonderen örtlichen und dienstlichen Verhältnisse unter Einvernahme der Distriktspolizeibehörden und der Kreisregierung, Kammer des Innern, zu prüfen und im Falle des Nachweises der Dringlichkeit die Stelle wieder zu besetzen.

2) Die von der Aerztekammer beantragte Aufstellung staatlich oder gemeindlich zu remunerirender Schulärzte, wenigstens in den grösseren Städten, ist, wie von den sämmtlichen übrigen Aerztekammern, theilweise auf Grund eingehender Erörterung ausgesprochen wurde, dermalen noch in keiner Weise bereift. Zunächst wird abzuwarten sein, ob die den Amtsärzten pflichtmässig obliegende dienstliche Aufsicht über die Schulgesundheitspflege, welcher an sich schon ein sehr reiches Feld von belehrender Anregung, sowie von initiativer Thätigkeit zur Verfügung steht, unter Beiziehung der in der Entschliessung des k. Staatsministeriums des Innern für Kirchen- und Schulangelegenheiten vom 16. December 1875 — Cult.-Min.-Bl. Seite 480 —, die Verhandlungen der Aerztekammern pro 1873 betr. —, vorgesehenen Mitwirkung der praktischen Aerzte, von welcher bis jetzt der entsprechende Gebrauch nicht gemacht worden ist, zur Wahrnehmung und Förderung der Schulgesundheitspflege ausreicht.

Oberfranken.

Die Verhandlungen der Aerztekammer von Oberfranken bieten, da hinsichtlich des Antrages, die Revision der Gebührenordnung für Hebammen betreffend, auf das im allgemeinen Theile dieser Entschliessung hierüber Vorkommende Bezug zu nehmen ist, einen Anlass zu besonderer Verbescheidung nicht.

Mittelfranken.

1) Zur Verbescheidung des Antrages der Aerztekammer vom Jahre 1887, die Schieflage des Schreibheftes in den Schulen betreffend, stehen noch die Gutachten einiger Schulbehörden aus, nach deren Eintreffen dieser Gegenstand wird in Berathung genommen werden können.

2) Bezüglich der Anträge, die Revision der Gebührenordnung für Hebammen und des Verkehres mit Sublimat-Pastillen wird auf den allgemeinen Theil dieser Entschliessung und die bei der k. Regierung von Oberbayern eingereichte Verbescheidung Bezug genommen.

3) Der Anregung, betreffend dio Prophylaxis gegen die Weiterverbreitung von Geschlechtskrankheiten durch aus den Krankenhäusern entlassene Personen, wird die entsprechende Berücksichtigung zugewendet werden.

Unterfranken und Aschaffenburg.

Obwohl von Seite der Aerztekammer besondere, einer Verbescheidung bedürftige Anträge nicht vorliegen, so hat das k. Staatsministerium des Innern aus den Verhandlungen doch entnommen, wie die ärztlichen Vereine Unterfrankens den Gegenständen der öffentlichen Gesundheitspflege mit Interesse folgen und insbesondere auch die allgemeine bayerische Morbiditäts-Statistik zu fördern bestrebt sind.

Schwaben und Neuburg.

Was die beantragte Abänderung des § 1 Abs. 1 der Königlichen Allerhöchsten Verordnung vom 13. Juli 1862, die Verpflichtung der Medicinalpersonen zur Anzeige ansteckender Krankheiten unter Menschen und Thieren betreffend, anlangt, so hat bis jetzt ein dringendes Bedürfniss hiezu sich nicht gezeigt, besonders auch desshalb, weil bis jetzt die Einzelfälle von Kindbettfieber-Erkrankungen rechtzeitig, wenigstens in den meisten Fällen, zur Kenntniss der Behörden gelangten. Im Uebrigen bedarf die genannte Allerhöchste Verordnung auch nach anderer Richtung hin einer Abänderung, bei welcher Gelegenheit dann dem Wunsche der Aerztekammer die entsprechende Berücksichtigung wird zu Theil werden können.

München, den 17. Juli 1889.

gez. Freiherr v. Feilitzsch.

Der Generalsekretär an dessen Statt:
gez. v. Zenetti,
Ministerialrath.

Personalnachrichten.

(Bayern.)

Quiescirung. Der k. Bezirksarzt I. Cl. Dr. Gustav Schaeffer in Ansbach unter Allerhuldvollster Anerkennung seiner langjährigen, vorzüglichen Dienstleistung auf Ansuchen in den dauernden Ruhestand versetzt.

Wohnsitzverlegung. Der prakt Arzt Dr. Schülein von Pottenstein (B.-A. Pegnitz) nach Wassertrüdingen. Dr. Sendtner, prakt. Arzt von Eggstädt nach München.

Erledigungen. Die Bezirksarztesstelle I. Cl. in Ansbach; die Stelle eines bezirksärztlichen Stellvertreters in Pottenstein.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 28. Jahreswoche vom 7. bis 13. Juli 1889.

Betheil. Aerzte 302. — Brechdurchfall 120 (83*), Diphtherie, Croup 61 (68), Erysipelas 9 (11), Intermittens, Neuralgia interm. 7 (3), Kindbettfieber — (—), Meningitis cerebrospin. 1 (—), Morbilli 50 (49), Ophthalmo-Blennorrhoea neonatorum 1 (4), Parotitis epidemica — (3), Pneumonia crouposa 11 (8), Pyaemie, Septicaemie 1 (—), Rheumatismus art. ac. 14 (23), Ruhr (dysenteria) 1 (1), Scarlatina 13 (19), Tussis convulsiva 22 (12), Typhus abdominalis 14 (11), Varicellen 12 (6), Variola, Variolois — (1). Summa 337 (302). Dr. Aub, k. Bezirksarzt.

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 28. Jahreswoche vom 7. bis incl. 13. Juli 1889.

Bevölkerungszahl 281,000.

Zymotische Krankheiten: Pocken — (—*), Masern und Rötheln 4 (1), Scharlach 4 (1), Diphtherie und Croup 5 (13), Keuchhusten 2 (—), Unterleibstyphus 3 (2), Flecktyphus — (—), Asiatische Cholera — (—), Ruhr — (1), Kindbettfieber — (—), andere zymotische Krankheiten — (1).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 235 (174), der Tagesdurchschnitt 33.6 (24.9). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 43.5 (32.2), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 20.4 (17.4), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 18.8 (15.3).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Literatur.

(Der Redaction zur Recension eingegangen.)

Rheinboldt, M., Die Curorte und Heilquellen des Grossherzogthums Baden für Aerzte und Heilbedürftige. 2. Aufl. Baden-Baden. 1. M.

Ziegler, Dr. E., Beiträge zur pathologischen Anatomie und zur allgemeinen Pathologie. IV. Bd. 1.—5. Hft. 28. M., V. Bd. 1. Hft. 9 M. Jena, 1889.

Zweifel, Dr. P., Lehrbuch der Geburtshülfe für Aerzte und Studirende. 2. vermehrte und verb. Auflage. Stuttgart, 1889. 16 M.

Pollatschek, Alkohol in der Diät des Diabetes mellitus. Wien, 1889. 60 pf.

Annalen der städtischen allgemeinen Krankenhäuser zu München. Bd. IV. München, 1889. 20 M.

Derblich, Ein Menschenalter Militärarzt. I. Theil. Hannover, 1889. 2 M.

Emmerich & Trillich, Anleitung zu Hygienischen Untersuchungen. München, 1889. 6 M. 75 pf.

Forel, Der Hypnotismus, seine Bedeutung und seine Handhabung. Stuttgart, 1889. 2 M. 40 pf.

Haupt, Soden les bains au Taunus. Wurzbourg, 1889.

Hygienische Tagesfragen VI. München, 1889. 3 M. 20 pf.
» » VII. München, 1889. 3 M. 60 pf.

Miller, Die Mikroorganismen der Mundhöhle. Leipzig, 1889. 15 M.

Altschul, M. U. Dr. Th., Ueber Wasserversorgung der Städte im Allgemeinen und die geplante Wasserversorgung Prags im Besonderen. Prag, 1889.

Beard-Neisser, Die Nervenschwäche. 3. Aufl. Leipzig, 1889. 4 M.

Edinger, Vorlesungen über nervöse Centralorgane. 2. Aufl. Leipzig, 1889. 6 M.

Festschrift zur Eröffnung des neuen allgemeinen Krankenhauses zu Hamburg-Eppendorf. Hamburg, 1889. 2 M. 40 pf.

Krafft-Ebing, Psychopathia sexualis. 4. Aufl. Stuttgart, 1889. 4 M.

Leube, Dr. W., Specielle Diagnose der inneren Krankheiten. Leipzig, 1889. 10 M.

Liebermeister, Dr. C., Gesammelte Abhandlungen. Leipzig, 1889. 10 M.

Moreau, Dr. P., Der Irrsinn im Kindesalter. Stuttgart, 1889. 8 M.

Naunyn, Dr. B., Kurzer Leitfaden für die Punction der Pleura- und Peritonealergüsse. Strassburg, 1889.

Roth, Dr. med. O., Klinische Terminologie. 3. Aufl. Erlangen, 1889. 8 M.

Sammlung gemeinverständlich wissenschaftl. Vorträge. N. F. IV. Serie. Heft 77.

Neura. Handbuch der Medicin für Aerzte und Nichtärzte. I. Bd. 15. Lfg. München.

Prudden and Northrup, Etiology of pnenmonia complicating diphtheria in children. S.-A.: Am. Journ. of Med. Sc. 1889.

Keating, J. M„ Cyclopaedia of the Diseases of Children medical and surgical. Vol. I. Illustrated. Philadelphia, 1889.

Verlag von Jos. Ant. Finsterlin in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.